





# SAÚDE DA MULHER: ODONTOLOGIA

MÓDULO 6

## **GOVERNO FEDERAL**

**Presidente da República**

**Ministro da Saúde**

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**

**Revisão Geral**

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Reitor** Alvaro Toubes Prata

**Vice-Reitor** Carlos Alberto Justo da Silva

**Pró-Reitora de Pós-graduação** Maria Lúcia de Barros Camargo

**Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão** Débora Peres Menezes

## **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretora** Kenya Schmidt Reibnitz

**Vice-Diretor** Arício Treitinger

## **DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**Chefe do Departamento** Walter Ferreira de Oliveira

**Subchefe do Departamento** Jane Maria de Souza Philippi

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

## **COMITÊ GESTOR**

**Coordenador Geral do Projeto** Carlos Alberto Justo da Silva

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

**Coordenadora Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz

**Coordenadora Executiva** Rosângela Leonor Goulart

**Coordenadora Interinstitucional** Sheila Rubia Lindner

**Coordenador de Tutoria** Antonio Fernando Boing

## **EQUIPE EAD**

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Juliana Regina Destro

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

## **AUTORES**

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Maria Conceição de Oliveira

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

Carla Miranda

## **ORGANIZADORES**

Calvino Reibnitz Júnior

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Heitor Tognoli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

# SAÚDE DA MULHER: ODONTOLOGIA

**Eixo II**  
Assistência e Processo de Trabalho na  
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2010

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário  
88040-900  
Trindade – Florianópolis - SC  
Disponível em: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.  
Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância

Saúde da mulher: odontologia [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Calvino Reibnitz Júnior, ... [et al]. – Florianópolis, 2010.

90 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo: Parte I. Programas, políticas e pactos de saúde da mulher no Brasil e no mundo – Indicadores e sistemas de informações em saúde da mulher – Papel dos membros da equipe de saúde da família no planejamento de ações e avaliação de risco e de vulnerabilidade em saúde da mulher – Parte II. Atenção à saúde bucal da mulher.

ISBN: 978-85-61682-50-7

1. Saúde da mulher. 2. Atenção à saúde. 3. Planejamento familiar. 4. Odontologia. 5. Pactos. I. UFSC. II. Reibnitz Júnior, Calvino. III. Título. IV. Série.

CDU: 616-055.2

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenadora de Produção** Giovana Schuelter

**Design Instrucional Master** Márcia Melo Bortolato

**Design Instrucional** Márcia Luz

**Revisão Textual** Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

**Revisão textual para Impressão** Flávia Goulart

**Design Gráfico** Felipe Franke, Natália de Gouvêa Silva

**Ilustrações** Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

**Design de Capa** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Projeto Editorial** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Revisão Geral** Eliane Maria Stuart Garcez

**Assistente de Revisão** Carolina Carvalho e Thays Berger Conceição

# SUMÁRIO

## PARTE I - AÇÕES INTEGRADAS NA SAÚDE DA MULHER

<b>UNIDADE 1</b>	<b>PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO MUNDO .....</b>	<b>17</b>
1.1	Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil .....	18
1.1.1	Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil: breve reconstituição histórica.....	18
1.1.2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: o Processo de Construção e Implementação no Brasil .....	21
1.1.3	Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	23
1.2	Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Mundo .....	30
1.2.1	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).....	30
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>.....</b>	<b>33</b>
<b>UNIDADE 2</b>	<b>INDICADORES E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DA MULHER.....</b>	<b>37</b>
2.1	Indicadores Relacionados à Saúde da Mulher.....	37
2.2	Sistemas de Informação Relacionados à Saúde da Mulher .....	40
2.2.1	SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento .....	41
2.2.2	SISCOLO .....	41
2.2.3	SISMAMA.....	42
2.3	Instrumentos para Avaliação de Risco e Vulnerabilidade em Saúde da Mulher .....	43
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>.....</b>	<b>47</b>
<b>UNIDADE 3</b>	<b>PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCO E DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA MULHER.....</b>	<b>49</b>
3.1	Critérios e Indicadores da Qualidade da Atenção à Saúde da Mulher.....	49
3.2	Avaliação de Padrões de Risco e de Vulnerabilidade na Atenção à Saúde da Mulher .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>.....</b>	<b>57</b>

## PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - ODONTOLOGIA

UNIDADE 4	ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA MULHER .....	61
4.1	Cuidados nas Principais Queixas e Agravos da Saúde da Mulher.....	61
4.1.1	Principais Agravos à Saúde Bucal da Mulher .....	61
4.1.2	Inter-Relação entre Saúde Bucal e Violência Contra a Mulher	64
4.2	Atenção à Saúde Bucal na Gestação.....	65
4.2.1	Atividades Educativas e de Apoio às Gestantes e seus Familiares .....	66
4.3	Fatores de Risco na Gestação: Riscos Clínicos e Sociais.....	69
4.4	Cuidados do Período Pré-Natal.....	70
4.4.1	Consulta pré-natal .....	71
4.4.2	Consultas Odontológicas da Gestante .....	75
4.5	Atenção à Saúde Bucal no Puerpério .....	79
4.5.1	Aleitamento Materno.....	79
4.5.2	Consulta Odontológica Puerperal .....	81
4.6	Atenção à Saúde da Mulher no Climatério .....	83
4.6.1	Alterações na Saúde Bucal .....	84
REFERÊNCIAS	.....	86
AUTORES	.....	88



## APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Ao darmos início aos estudos referentes ao Módulo 6 – Parte I, que tem como foco a Atenção à Saúde da Mulher, é importante lembrarmos, logo de imediato, que, atualmente, em nosso país, as mulheres são pouco mais da metade da população (50,77%), segundo dados oficiais de 2009, vivem mais que os homens e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Saúde da Mulher é prioridade, se faz presente e é expressa no contexto da gestão federal do SUS, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e é reafirmada em vários pactos firmados pelos gestores das três esferas governamentais, no pacto pela saúde SUS, cobertura de mamografia, percentual de colpocitologia investigadas são alguns deles. Tal política visa fundamentalmente à implementação dos princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção da saúde, ampliando o espectro de ações até então propostas.

No âmbito mundial, a saúde da mulher ganha força e espaço e está presente em diversos acordos internacionais.

Embora muitos avanços tenham ocorrido nos últimos 25 anos em relação às políticas públicas relacionadas à saúde da mulher no âmbito mundial e nacional, muito ainda precisa ser feito, especialmente nas ações referentes à redução da mortalidade materna, ao planejamento reprodutivo, incluindo ações vinculadas ao aborto inseguro, humanização, qualificação da atenção obstétrica e ginecológica, prevenção do câncer ginecológico, entre outras.

A Saúde da Mulher constitui-se uma das áreas estratégicas nacionais para atuação no âmbito da Atenção Básica em saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006.

A melhoria das condições de saúde da mulher, portanto, depende do planejamento e da avaliação das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, sendo de responsabilidade de todos, e executadas por uma equipe multiprofissional que atua mediante o atendimento individual ou em grupo e, adequada às necessidades da mulher, da família e da comunidade.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos no que tange às ações que integram a Atenção à Saúde da Mulher no âmbito da Estratégia Saúde da Família e do SUS no contexto brasileiro e mundial.

## Ementa

Programas, Políticas e Pactos de Saúde da Mulher no Brasil e no mundo. Indicadores e sistemas de informação em Saúde da Mulher. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de risco e de vulnerabilidade em saúde da mulher. Atenção à mulher no planejamento familiar. Atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Ações da clínica e do cuidado relacionados aos principais agravos da saúde da mulher. Atenção à mulher no climatério.

## Objetivos

- a) refletir criticamente sobre os programas, políticas e pactos direcionados à saúde da mulher e suas implicações no âmbito da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família;
- b) identificar e descrever os principais indicadores e sistemas de informação em saúde da mulher;
- c) reconhecer e relacionar o papel dos profissionais de saúde da ESF no planejamento das ações e na avaliação de risco e vulnerabilidade em saúde da mulher.

## Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Programas, Políticas e Pactos de Saúde da Mulher no Brasil e no Mundo.

Unidade 2: Indicadores e Sistemas de Informações em Saúde da Mulher.

Unidade 3: Papel dos Membros da Equipe de Saúde da Família no Planejamento de Ações e Avaliação de Risco e de Vulnerabilidade em Saúde da Mulher.

Unidade 4: Atenção à Saúde Bucal da Mulher



## PALAVRAS DOS PROFESSORES

Caro (a) Especializando (a), agora você está sendo convidado a (re) visitar alguns conteúdos relacionados à Atenção à Saúde da Mulher, bem como a entrar em contato com novos conhecimentos nesta área. Esperamos que você o faça de modo crítico-reflexivo, articulando-os com suas práticas profissionais cotidianas. Não temos a pretensão de esgotar o tema, mas nos comprometemos em trazer à tona elementos da atualidade embasados em evidências científicas que possam ser úteis para a reflexão e atuação da Equipe Saúde da Família no que concerne a essa população específica.

Alguns pressupostos teóricos e conceituais nortearão nossa abordagem. O primeiro deles refere-se ao conceito de saúde, que aqui é compreendida como um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal do Brasil.

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS - em articulação com as demais esferas de governo - devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais ou não, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população. Portanto, a atenção integral à saúde da mulher é compreendida a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, mas também considerando sua singularidade e suas condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

É sob essa perspectiva que estaremos abordando a Saúde da Mulher, e seus determinantes sociais de saúde.

Bons Estudos!

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos  
Maria Conceição de Oliveira  
Daniela Lemos Carcereri  
Heitor Tognoli  
Carla Miranda

# PARTE I

MÓDULO 6



# UNIDADE 1

MÓDULO 6

# 1 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO MUNDO

Esta unidade apresenta uma visão panorâmica acerca dos Programas, Políticas e Pactos de Saúde da Mulher no Brasil e no mundo. Certamente, muitos de vocês são detentores de saberes em relação a tais propostas, mas gostaríamos de instigá-los a refletir criticamente a respeito do processo de construção das mesmas ao longo dos tempos e em distintos espaços. Para darmos início à reflexão, questionamos:

Desde quando, a saúde da mulher ocupa a agenda das políticas públicas em nosso país e no mundo?

Que avanços têm sido registrados em relação a essas políticas?

Quais os paradigmas que dão sustentação às mesmas?

Ou ainda, os Programas, Políticas e Pactos direcionados à Saúde da Mulher estão de fato alcançando os resultados esperados?

Que implicações têm estas políticas nos cenários da prática, ou seja, na realidade do trabalho de equipe de saúde da família?

Para ajudá-los a encontrar respostas às mencionadas questões, resgataremos alguns aspectos históricos na construção e na evolução dessas políticas no âmbito do Brasil e do mundo. No tocante ao Brasil, estabelecemos, como ponto de partida de nossa abordagem, o ano de 1984, quando foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto da luta das mulheres, trazendo importantes e significativas inovações.

Vamos lembrar também que a Constituição Federal de 1988, marco no processo de democratização do país, instituiu e consolidou importantes avanços na ampliação dos direitos sociais das mulheres e no estabelecimento de relações de gênero mais igualitárias.

Ao completar 25 anos de Política de Atenção à Saúde da Mulher, veremos que progressos significativos ocorreram nesta área. O Ministério da Saúde, gestor federal do Sistema Único de Saúde, em articulação com as esferas estadual e municipal de saúde, organizações governamentais e não-governamentais, atores sociais e políticos envolvidos, vêm definindo um conjunto de diretrizes e metas sanitárias associadas à saúde da mulher e materna. Isto com vistas a produzir impacto sobre as complexas e históricas iniquidades em saúde relacionadas à condição feminina e agravadas por fatores

de gênero, étnico-raciais, classe social, local de moradia e modos de inserção no mercado de trabalho.

Tais diretrizes estão presentes na **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, bem como nos **Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**, a serem abordados nesta unidade.

No que diz respeito ao âmbito mundial, abordaremos alguns dos marcos importantes, entre os quais destacamos a Declaração do Milênio, compromisso político que sintetiza várias conferências mundiais e articula as prioridades globais e metas a serem alcançadas até 2015.

Acreditamos que os conteúdos aqui apresentados e discutidos serão úteis para a formação dos (as) especializando(s) em Saúde da Família, facilitando sua aproximação ao necessário para uma atenção à saúde da mulher e materna mais efetiva, equânime e de qualidade. É isso que esperamos.

## 1.1 Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil

Nesta unidade, vamos fazer breve reconstituição histórica dos Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil, depois veremos o processo de construção e implementação no Brasil da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Continuaremos os estudos analisando os objetivos, estratégias e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a sua implementação.

### 1.1.1 Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil: breve reconstituição histórica

Registros históricos mostram que, no Brasil, a temática “Saúde da Mulher” está presente nas políticas públicas de saúde no âmbito nacional desde o início do século passado, mais especificamente nas primeiras décadas, estando restrita às necessidades relacionadas à **gestação, parto e puerpério**. Nesse período, os programas são direcionados à população materno-infantil, refletindo uma visão parcial e fragmentada da mulher, tendo como foco sua especificidade biológica de gestar e parir e seu papel social de mãe, com forte inserção na esfera doméstica, constituindo-se a principal responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e familiares.

As metas são estabelecidas no âmbito central, sem levar em conta as reais necessidades de saúde das populações locais. Como consequência dessa prática, tem-se a fragmentação da assistência

e o baixo impacto sobre os indicadores de saúde da mulher. A Previdência Social, nesse período, caracteriza-se pelo privilégio da prática médica individual, assistencialista e especializada, em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo.

Entre as principais características desse programa, ocupa posição de destaque a **preconização de ações materno-infantis** como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, **a verticalidade** e **a falta de integração** com outros programas governamentais no âmbito federal, e por consequência, também nos âmbitos estadual e municipal.

Em meados da década de 70, a luta pela democratização das políticas assume novas características e estratégias. A busca do resgate da dívida social passa a ser o foco central da agenda da democracia, fazendo convergir para ele movimentos de natureza das mais diversas. Tal processo ganha força na década de 80 através do surgimento de movimentos sociais, capazes de contribuir na formulação de projetos de reorganização institucional, entre os quais o movimento feminista. No interior deste movimento, esses programas foram amplamente criticados pela abordagem **reducionista e fragmentada** com que as mulheres eram tratadas, já que tinham acesso apenas a determinados cuidados de saúde relacionados à gestação, parto e puerpério, ficando elas sem a devida atenção nas demais fases do seu ciclo biológico vital.

Atuando de modo incisivo no campo da saúde, o movimento de mulheres ocupa posição de destaque por introduzir, na agenda da política brasileira, temas até então não considerados, uma vez que eram compreendidos como circunscritos à esfera e às relações privadas. Tais movimentos tratam de denunciar as desigualdades existentes nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, bem como apontar problemas e dificuldades associados à sexualidade e à saúde reprodutiva, anticoncepção, prevenção de doenças transmissíveis e sobrecarga de trabalho das mulheres.

As desigualdades existentes nas relações sociais entre homens e mulheres são traduzidas pelos movimentos de mulheres, como causadoras de problemas de saúde que acometem, de modo particular, a população feminina. Diante desse quadro, emerge a necessidade de criticar os programas, identificando lacunas e apontando soluções de modo a promover mudanças na sociedade

e na qualidade de vida da população. A condição de sujeitos de direitos com demandas que transcendam os processos de gestação e parto, ou seja, que levem em conta as especificidades dos diversos grupos populacionais, as condições socioeconômicas, culturais e afetivas, é reivindicada pela organização social das mulheres.

Assim é que, em 1984, em resposta a essas reivindicações, a equipe da Divisão de Saúde Materno-infantil (DISAMI) do Ministério da Saúde brasileiro, formada por integrantes do movimento sanitário, com a participação de um grupo de feministas, formula uma proposta designada **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**, rompendo com o modelo conceitual e os princípios norteadores das políticas de saúde das mulheres, vigentes até então.

A visão restritiva da saúde da mulher atrelada ao ciclo gravídico-puerperal – que vigorava desde a década de 1930, cede lugar a uma outra mais avançada, **contemplando a mulher em todas as fases do seu ciclo biológico vital.**

O novo programa incorpora as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, e inclui um conjunto de ações educativas, de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência integral à saúde da mulher, tendo como objetivo a melhoria das condições de saúde da população feminina.

Ações de implantação do PAISM foram realizadas em várias regiões do Brasil em 1985, sendo que nesse período é criado o **Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)** vinculado ao Ministério da Justiça, **a fim de promover políticas que visassem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país**, sistematizados na I Conferência Nacional da Saúde da Mulher (1988), foram fundamentais para a inclusão das reivindicações dos movimentos das mulheres, na Constituição de 1988 (BRASIL, 2008), legislação básica que institui e regulamenta o SUS através da Lei n. 8080 (BRASIL, 2007a) e da Lei n. 8142 (BRASIL, 2007b) e, mais recentemente, a Portaria nº 2.048 (BRASIL, 2009a) do Ministério da Saúde, de 03 de setembro de 2009, que Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

De 1985 a 2009, o referido Conselho teve suas funções e atribuições substancialmente alteradas. Em janeiro de 2003, por meio da Medida

Provisória n. 103, posteriormente convertida na Lei n. 10.683 de 2003 (BRASIL, 2003), passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República, assumindo status de ministério, contando em sua composição com representantes da sociedade civil e do governo, ampliando o processo de controle social sobre as políticas públicas para as mulheres.

Em 2003, é dado início à formulação da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** a partir da avaliação dos avanços e retrocessos alcançados até então. Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lança a - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**, construída a partir da proposição do SUS, seguindo suas diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988 e seus princípios doutrinários e organizacionais, ou seja, os princípios da **universalidade, integralidade e equidade, da descentralização, regionalização e hierarquização**, respectivamente (BRASIL, 2008).

### 1.1.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: o Processo de Construção e Implementação no Brasil

A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**, como vimos, começou a ser construída em 2003, sendo instituída em 2004, a partir de um diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil, realizado pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Em sua construção, foram incorporadas as contribuições de diferentes setores governamentais e dos movimentos sociais de mulheres, tais como: movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, formuladores de política e gestores do SUS, e agências de cooperação internacional.

Tal política é direcionada para as mulheres em todos os períodos do ciclo biológico vital, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, quais sejam: mulheres negras, indígenas de diferentes orientações sexuais, incluindo as lésbicas e bissexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras. Essa política, “[...] reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2009b, p. 5).

O que traz de novo é a incorporação, dentro de um enfoque de gênero, os conceitos de integralidade e de humanização da atenção à

saúde como princípios norteadores. Consolida os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, com destaque na melhoria da qualidade da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro, no combate à violência sexual ou doméstica. Sobretudo, no reconhecimento da população lésbica e bissexual como sujeitos de direitos a cuidados diferenciados em saúde. Estimula, mundialmente, a busca pelas particularidades no atendimento das necessidades de atenção à saúde dessas mulheres.

Neste particular, o Ministério da Saúde brasileiro, passa a considerar inclusive a opção sexual, independente do gênero, e por entender que algumas pessoas se afastam do serviço de saúde por causa da discriminação durante o atendimento, já que os profissionais de saúde ainda não estão preparados para lidar com a sexualidade dessas mulheres, lança o documento **“Chegou a hora de cuidar da saúde”** com informações básicas para esse público específico.



### Saiba Mais

O documento “Chegou a hora de cuidar da saúde” pode ser acessado no endereço:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chegou a hora de cuidar da saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0126\\_FL.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0126_FL.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2010.

Outro aspecto que merece ser ressaltado é a intersectorialidade em saúde, pois prevê a articulação com os diferentes setores e áreas técnicas. Quanto à violência contra a mulher, seja doméstica ou sexual, por se constituir um tema extremamente relevante no contexto da saúde da mulher, é abordado no Módulo Optativo 11.

De acordo com o conceito adotado, “a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2009b, p. 64).

Pense em sua prática de saúde e procure identificar: os **objetivos gerais e específicos da Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher** têm sido alcançados no contexto de sua atuação?

Os gestores do SUS do município onde você atua têm demonstrado preocupação com a implementação das **diretrizes** dessa política no âmbito local?

Quais as principais fragilidades e fortalezas identificadas na implementação dos referidos objetivos e diretrizes no contexto do seu município?

A atenção integral à saúde da mulher é realmente uma prioridade?

É importante refletir sobre estas questões analisando a sua vivência prática, o seu dia-a-dia como profissional da equipe Saúde da Família.



### Saiba Mais

Dada a importância atribuída ao conhecimento dos Objetivos, Estratégias e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para a atuação dos membros da Equipe de Saúde da Família e sua incorporação na prática do dia a dia, sugerimos a leitura dos mesmos na íntegra no endereço eletrônico:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/Publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/Publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2010.

## 1.1.3 Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é operacionalizada na prática através de um conjunto de ações e atividades, consideradas prioritárias, dentre estas prioridades ressaltamos a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. Para isso são estabelecidos pactos, políticas e programas, os quais apresentaremos a seguir.

### Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Por iniciativa da Presidência da República do Brasil e com a aprovação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de

Saúde, o **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal** foi lançado no dia 08 de março de 2004, dia Internacional da Mulher, com o objetivo de articular os atores sociais envolvidos com a melhoria da qualidade de vida das mulheres e recém-nascidos. Contando com a adesão de 27 unidades federadas, em um movimento vinculado com as secretarias estaduais e municipais de saúde, entre outras organizações governamentais e não governamentais, incorporou o desafio pela redução da mortalidade materna e neonatal como política de Estado, preservando os direitos humanos de mulheres e recém-nascidos, uma vez que, em sua quase totalidade, são mortes evitáveis.

Definiu como meta inicial a redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, e como objetivo estratégico, nos próximos vinte anos, a redução desses indicadores aos patamares considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No bojo de suas atividades, inclui a realização de seminários estaduais e municipais de pactuação e das ações estratégicas entre gestores e sociedade civil organizada. Também atividades voltadas à qualificação das equipes de maternidades de capitais, municípios-polos e/ou dos 78 municípios brasileiros identificados como apresentando indicadores elevados de mortalidade materna, mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade pós-neonatal.

Entre as atividades, estão sendo implementados e dinamizados comitês de mortalidade materna e neonatal, estimulando a vigilância ao óbito e realizando repasse financeiro com base no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), além de recursos provenientes das áreas técnicas da saúde da mulher, criança e adolescente.

Ao longo de cinco anos de criação, o Pacto vem perseguindo os objetivos propostos e cada vez mais se afirmando como política de estado. Com estratégias, responsabilidades e metas bem definidas, tem sido considerado um modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos objetivos do milênio. Dentre as ações estratégicas, destacam-se:

- a) efetivação de pactos municipais e estaduais;
- b) qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher e da criança;
- c) acolhimento ao parto;
- d) garantia do direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto;

- e) resolutividade à atenção ao parto e ao nascimento;
- f) garantia de atenção humanizada ao aborto;
- g) organização de acesso e adequação da oferta de serviços;
- h) qualificação do atendimento às urgências/emergências;
- i) melhoria da rede hospitalar e ampliação dos centros de parto normal;
- j) expansão da atenção à saúde da mulher e da criança;
- k) ampliação das ações de planejamento familiar;
- l) redução da transmissão vertical do HIV/aids;
- m) proteção à saúde da mulher trabalhadora;
- n) atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas, respeitando as suas particularidades étnicas e culturais;
- o) acompanhamento de planos e seguros privados de saúde;
- p) promoção à educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal;
- q) garantia à vigilância ao óbito materno e infantil;
- r) fortalecimento dos projetos de premiação de serviços exemplares.

Entre as ações que mantêm relação com a atenção básica, vale enfatizar a ampliação das equipes de Saúde de Família, totalizando 26.100 equipes distribuídas em 5.274 municípios, em uma cobertura de 90% dos municípios brasileiros. Qual a articulação destas equipes com os programas e políticas relativos à saúde da mulher?



Os princípios gerais, as principais ações, como aderir ao pacto, e outras informações podem ser encontradas no documento:

**ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Participe do pacto nacional e contribua para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças brasileiras:** modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio organização das nações unidas-onu: balanço de dois anos do pacto nacional pela redução da mortalidade marterna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://dtr2002.saude.gov.br/proestf/Site/Arquivos\\_pdf\\_word/pdf/Balan\\_347o%2028%2011%2006.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proestf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Balan_347o%2028%2011%2006.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2010.

a) Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

Tendo como objetivo avaliar e apresentar proposições no sentido de promover melhorias na qualidade da atenção obstétrica e neonatal, foi constituído em 2004, pelo Ministério da Saúde, um grupo de trabalho, que resultou na publicação da Portaria nº. 1067/GM (BRASIL, 2005), que instituiu a **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no âmbito do SUS**. Tal política foi executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

b) Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

Instituído em 01 de junho de 2000, pelo Ministério da Saúde através de várias **Portarias**, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O **primeiro**, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adoção de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O **segundo** se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos.

Este programa estabeleceu critérios determinando quais as práticas assistenciais mínimas, para a qualificação da atenção pré-natal. Também criou um sistema de informações para monitorar a atenção prestada nos diferentes níveis de complexidade e qualificar a gestão dos serviços.



### Saiba Mais

Para pesquisar e refletir, faça uma leitura sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e sobre a Política Nacional Obstétrica e Neonatal:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de atenção obstétrica e neonatal. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca virtual de saúde**. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=24273&word>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

Refleta sobre este programa e sobre a política, pense no contexto de sua UBS: há integralidade da atenção? Há humanização da atenção?

- c) Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher

Consiste no estabelecimento de estratégias para reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero e de mama. Através da ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, mais o Distrito Federal, são

oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce das doenças, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional.



#### Saiba Mais

Conheça mais profundamente o programa acessando no site:

CÂNCER do colo do útero. Disponível em: <<http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

#### d) Política Nacional de Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva

Esta política também foi elaborada com base na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2008) e na Lei Nº 9.263 de Planejamento Familiar, publicada em 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996). Tem como propósito acolher pessoas que possuem vida sexual ativa, independentemente de estarem planejando ou não uma família. Este tema será mais detalhado e discutido na Unidade 4 do presente Módulo.

#### e) Outros Pactos direcionados à saúde da mulher no Brasil: Pacto pela Saúde e suas três dimensões - Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão.

O **Pacto pela Saúde** – contemplado no documento Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria nº. 399/GM (BRASIL, 2006b), constitui-se num conjunto de reformas institucionais do SUS firmado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios, redefinindo as responsabilidades dos respectivos gestores em função das necessidades de saúde da população e da busca pela equidade social. Apresenta três componentes ou dimensões: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão do SUS**. Entre as várias ações, estratégias e metas definidas, estão presentes algumas específicas relacionadas diretamente à “Saúde da Mulher”, mais especificamente o Pacto pela vida.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil é reafirmada como prioridade operacional do **Pacto pela Saúde e seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**.

**Pacto pela Vida:** consiste em um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos gestores das três esferas de gestão. As prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, dependendo da pactuação local. Seis são as prioridades pactuadas, sendo que todas são de interesse da ESF, e entre estas, duas estão diretamente ligadas à saúde da mulher: **o controle do câncer do colo do útero e da mama e a redução da mortalidade materna**. Em relação a essas estratégias, foram estabelecidas as seguintes metas:

### Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

- a) cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006;
- b) incentivo da realização da cirurgia de alta frequência;
- c) ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo;
- d) realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

### Redução da Mortalidade Materna

- a) reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006;
- b) garantir insumos e medicamentos para o tratamento das síndromes hipertensivas no parto;
- c) qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.



#### Saiba Mais

O vídeo “Pacto pela Vida em defesa do SUS e da Gestão” está disponível no canal do Banco no YOUTUBE:

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela vida em defesa do SUS e da gestão. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=IF-YoYVJCyw&feature=related>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

## 1.2 Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Mundo

A temática “Saúde da Mulher” está presente na pauta das agendas dos formuladores de políticas internacionais, entre as quais destacamos a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994 (ALVES, 1995), onde a construção da equidade entre homens e mulheres foi colocada como um requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1994); a Conferência Internacional da Mulher (AS CONFERÊNCIAS MUNDIAIS SOBRE AS MULHERES, 1995), em que foram reafirmados os direitos conquistados no campo dos direitos sexuais e reprodutivos; a Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminações Contra a Mulher (CEDAW), a Cúpula Mundial em Favor da Infância e a Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Outras Formas de Intolerância, a Declaração de Desenvolvimento dos Objetivos do Milênio (ONU) de 2001, dentre outras não menos importantes. Vários documentos, declarações e conferências no âmbito mundial estabelecem, em suas metas e estratégias, ações relacionadas a esta população específica.

A Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, na formulação da política e no planejamento das ações, tem como referência todos os compromissos internacionais em que o Brasil é signatário.

### 1.2.1 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

No ano de 2000, a Organização das Nações Unidas, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio (ODM), que no Brasil são chamados de **8 Jeitos de Mudar o Mundo**. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010, p. 1).

Esta iniciativa, expressa na Declaração dos Objetivos do Milênio, foi aprovada por 191 chefes de Estado de diferentes países, entre os quais o Brasil. Trata-se de um compromisso político que sintetiza várias conferências mundiais da década de 90, a fim de transformar em prioridade alguns temas que continuam sendo um desafio a muitas pessoas no mundo – como a extrema pobreza e a fome, o acesso à educação de qualidade, **a igualdade entre homens e mulheres, a melhoria da saúde materna**, o combate ao HIV/aids e a outras doenças, a preservação do meio ambiente e a concretização do direito ao direito para todos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Deste modo, foram estabelecidos como prioritários o desenvolvimento de oito objetivos a serem alcançados até 2015, ver figura 1. São eles:

- a) acabar com a fome e a miséria;
- b) educação de qualidade para todos;
- c) igualdade entre sexos e valorização da mulher;
- d) reduzir a mortalidade infantil;
- e) melhorar a saúde das gestantes;
- f) combater a aids, a malária e outras doenças;
- g) qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
- h) todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento.



Figura 1: 8 jeitos de mudar o mundo.

Fonte: Brasil, 2004.

Como podemos observar, dois dos oito objetivos estabelecidos estão diretamente relacionados com a Saúde Materna e da Mulher. São eles: objetivos 3 e 5. É importante que os profissionais integrantes da equipe de Saúde da Família tenham conhecimento detalhado acerca desses objetivos para que possam contribuir efetivamente para o alcance das metas estabelecidas para cada um deles.



### Saiba Mais

Para conhecer detalhadamente os avanços e as inovações alcançados nos oito anos de implementação dos Objetivos do Milênio no Brasil, sugerimos a leitura do documento:

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **8 objetivos do milênio**. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

#### Outras leituras sugeridas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit\\_Nac\\_At\\_In\\_Saude\\_Mulher\\_PrincDiretr.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_PrincDiretr.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit\\_Nac\\_At\\_In\\_Saude\\_Mulher\\_PA.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_PA.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/perspectiva\\_equidade\\_negras.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/perspectiva_equidade_negras.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2010.

MORI, K. R. G.; SOSA, M. E. **8 jeitos de mudar o mundo na universidade**. Aliança Brasil Universitário, 2010. Disponível em: <[http://www.facaparte.org.br/new/download/livro\\_8jeitos\\_univ.pdf](http://www.facaparte.org.br/new/download/livro_8jeitos_univ.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2010.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, foram abordados os principais Programas, Políticas e Pactos relacionados à Saúde da Mulher no Brasil e no mundo. No Brasil, a temática “Saúde da Mulher” está presente nas políticas públicas de saúde no âmbito nacional desde o início do século passado, estando, nesse período, restrita às necessidades relacionadas à gestação, parto e puerpério. Em 1984, é formulada uma proposta designada Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo com o modelo conceitual e os princípios norteadores das políticas de saúde das mulheres, vigentes até então. Atualmente, a Saúde da Mulher é prioridade no Brasil e é expressa no contexto da gestão federal do SUS, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e é reafirmada em vários pactos pelos gestores das três esferas governamentais. No mundo, a temática “Saúde da Mulher” está presente na pauta das agendas dos formuladores de políticas internacionais, com destaque na Declaração de Desenvolvimento dos Objetivos do Milênio.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J. A. L. A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 12, n. 1-2, p. 3-20, jan./dez.1995.

AS CONFERÊNCIAS Mundiais sobre as mulheres. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE AS MULHERES, 4. Beijing,1995. Disponível em: <[http://www.iciieg.cv/files/00364\\_confer.pdf](http://www.iciieg.cv/files/00364_confer.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** no 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html)>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9263.htm>>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela saúde**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10683, de 28 de maio 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.683.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.683.htm)>. Acesso em: 30 jan. 2010.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 41. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2007a. p. 65-84.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de atenção obstétrica e neonatal. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o regulamento do sistema único de saúde (SUS). Brasília, 2009a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048\\_03\\_09\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html)>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/Publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/Publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2010.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Belém, 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **8 objetivos do milênio**. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>>. Acesso em: 11 fev. 2010.



# UNIDADE 2

MÓDULO 6

## 2 INDICADORES E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DA MULHER

Na Unidade 1 do presente Módulo, abordamos os **Programas, Políticas e Pactos no Brasil e no mundo relacionados à Saúde Mulher**. Nesta unidade, estaremos discutindo os principais **indicadores e sistemas de informações associados à saúde da mulher**, que se constituem em ferramentas indispensáveis para a prática profissional. Como vimos na Unidade 2 do Módulo 3 - Epidemiologia, os indicadores revelam, além das tradicionais dimensões de estrutura, processo e resultado, a maneira como as questões sociais, econômicas e ambientais impactam na saúde, “[...] buscando incorporar, como dimensões transversais, a desigualdade e as possibilidades abertas à participação social, sem abrir mão de uma abordagem epidemiológica” (BRASIL, 2007, p.3).

A formulação de políticas públicas, para o enfrentamento dos problemas de saúde em geral, exige uma base de informações confiável, que dê sustentação e direcionamento à tomada de decisão. A identificação dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, das iniquidades em saúde e do impacto das ações e programas na redução da morbi-mortalidade da população, só é viável a partir de informações precisas, completas e contextualizadas. Assim sendo, convidamos você a conhecer, em breves linhas, os principais indicadores e sistemas de informações relacionados à saúde da mulher.

### 2.1 Indicadores Relacionados à Saúde da Mulher

Tendo como foco a saúde da mulher, faz-se necessário que o profissional da equipe da saúde da família conheça os indicadores atrelados a essa população específica. No Brasil, algumas publicações oficiais como o Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça (PINHEIRO et al, 2008), e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2008a) publicada em 2008, abordam questões específicas relacionadas à saúde da mulher. A primeira tem por objetivo disponibilizar informações acerca da situação de mulheres, homens, negros e brancos no Brasil. Apresenta indicadores provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de modo a disponibilizar um retrato atual das desigualdades de gênero e de raça no Brasil, bem como de suas interseccionalidades. A segunda, realizada a cada 10 anos, traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. No que diz respeito à saúde da mulher, exhibe

informações sobre a taxa de fecundidade e as intenções reprodutivas das mulheres, atividade sexual e anticoncepção, assistência à gestação e ao parto, morbidade feminina e acesso a medicamentos.



### Saiba Mais

Para conhecer tais publicações na íntegra, acesse:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>. Acesso em: 17 fev. 2010.

PINHEIRO, L. et al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3. ed. Brasília: Ipea SPM: UNIFEM, 2008. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa\\_Retrato\\_das\\_Desigualdades.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa_Retrato_das_Desigualdades.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2010.

Outra publicação recente, intitulada '**Painel de Indicadores SUS - Temático Saúde da Mulher**' que integra a linha de publicações Painéis de Indicadores do SUS, mostra uma visão panorâmica das informações relativas às condições de vida e saúde das mulheres brasileiras (BRASIL, 2007). Trata-se de um trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde brasileiro apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde, sob a coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS). Esta publicação permite uma análise não apenas de informações sobre as condições de saúde, como também de seus determinantes, incluindo as situações que aumentam a vulnerabilidade das mulheres e que geram iniquidades em saúde.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), tem ampliado o diálogo com a sociedade civil, no sentido de identificar demandas específicas e particulares em saúde, por grupos e populações em condição de iniquidade. O conjunto dessas demandas consta de políticas específicas para o SUS, articuladas com o Pacto pela Saúde com o comprometimento de todas as esferas de gestão no desenvolvimento de ações dirigidas a tais populações.

O '**Painel de Indicadores SUS - Temático Saúde da Mulher**' é constituído por temas e indicadores que compõem o Pacto pela Saúde e por alguns projetos prioritários do Ministério da Saúde. Os indicadores selecionados têm por base dados colhidos nos diversos sistemas de informações do SUS e junto às Secretarias e

Departamentos do Ministério da Saúde, Secretarias dos Estados e Municipais de Saúde e outras **instituições**. Informações de pesquisas específicas também ofereceram subsídios à elaboração deste Painel. Apesar dos limites dos sistemas de informações existentes, essa publicação procura evidenciar sua importância nos debates e nos processos de tomada de decisão (Quadro 2).

- a) Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais e 7 ou mais consultas de pré-natal;
- b) Razão de mortalidade materna;
- c) Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
- d) Proporção de partos cesáreos;
- e) Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária;
- f) Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos;
- g) Concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos de idade;
- h) Proporção de punção de mama dos casos necessários.

Quadro 2: Indicadores do pacto pela vida referentes à saúde da mulher.

Fonte: Brasil, 2007, p. 4.



### Saiba Mais

Acesse o Painel que disponibiliza as seguintes publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS: temático saúde da mulher**, Brasília, ano 1, n. 1, ago. 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel\\_indicadores\\_sus\\_saude\\_mulher\\_a1n1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_saude_mulher_a1n1.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

CAVENAGHI, S. (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: UNFPA, 2006. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/arquivos/indicadores.pdf>. Acesso em 17 abr. 2010.

## 2.2 Sistemas de Informação Relacionados à Saúde da Mulher

Conforme discutido na Unidade 2 do Módulo 3, o Sistema de Informação em Saúde (SIS) constitui-se em um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária, para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Este deve possibilitar o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do monitoramento do atendimento da mulher ao longo de toda a rede e da retro-alimentação das equipes de saúde, através de um processo dinâmico de comunicação. Para viabilizar o monitoramento, é de fundamental importância que, em todos os atendimentos da mulher, os profissionais preencham adequadamente os registros, inserindo informações corretas, claras, oportunas e completas.



### Saiba Mais

Leia mais sobre os Sistemas de Informação em Saúde no site:

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de informação em saúde**. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/Sistemas\\_de\\_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2010.

CARVALHO, A. de O. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_cidadania\\_volume06.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2010.

A informação acerca destes sistemas contribui significativamente para o planejamento das ações, bem como para o registro e acompanhamento de casos. É importante manter-se informado sobre os sistemas existentes e os que vêm sendo criados. A informação é essencial para a democratização da saúde e o aperfeiçoamento de sua gestão.

Os sistemas de informação em saúde brasileiros tiveram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente com a implementação do SUS. O trabalho coletivo de construção do Sistema de Informação do SUS, ao longo de um quarto de século, conquistou o reconhecimento nos âmbitos nacional e internacional pelo que já produziu até o momento.

Dados adequadamente documentados transformam-se em ações de promoção e proteção importantes para a saúde de modo geral, e em especial para a saúde da mulher e de sua família. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é fundamental para a descentralização das

atividades de saúde e a concretização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis. Neste sentido, uma quantidade considerável de dados e informações vem sendo produzida no Brasil na atualidade com as mais variadas finalidades. Isso inclui os produtos de diversas atividades setoriais de saúde, que são geradoras de grandes bancos de dados de sistemas nacionais.

Alguns desses sistemas já foram abordados no Módulo 3 e Módulo 5, referentes à Saúde da Criança, mas que também contemplam informações a respeito da mulher. Observe os dados dos sistemas focando a mulher.

Além desses sistemas, outros específicos relacionados à saúde da mulher têm sido disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro no âmbito do SUS. Destacamos a seguir, os principais.

### 2.2.1 SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

É um software desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. Os profissionais que integram a equipe da saúde da família desempenham importante papel no que se refere ao registro e controle dos dados deste sistema. Os indicadores disponibilizados pelo SisPreNatal podem ser encontrados no seguinte endereço eletrônico:



#### Saiba Mais

Os indicadores disponibilizados pelo SIS Pré-natal podem ser encontrados no seguinte endereço eletrônico:

BRASIL.Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. SisPreNatal. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

### 2.2.2 SISCOLO

Constitui-se um importante instrumento de avaliação, possibilitando acompanhar o desenvolvimento das ações do plano de controle do câncer de colo do útero, ou seja, avaliar, através de indicadores, se a população-alvo está sendo atingida, qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas, qual a qualidade da coleta destes exames, qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas. Também pode indiretamente

fornecer dados para avaliar a captação (mulheres novas) e cobertura (mulheres atingidas) do programa de rastreamento.

### 2.2.3 SISMAMA

Concebido pelo DATASUS como um subsistema do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), articulando-se pelo seu módulo de cadastro com o Sistema Cartão Nacional de Saúde – Sistema Cartão e Sistema Informação do Câncer de Colo do útero (SISCOLO).

Esse sistema possibilita o gerenciamento das ações de rastreamento de câncer; padroniza e aprimora a qualidade dos laudos mamográficos: permite o seguimento das mulheres com exames alterados; permite a análise da distribuição na população das lesões encontradas nas mamografias; contribui para o planejamento da oferta de serviços; possibilita avaliar a indicação dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento; gera o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I).

Em dezembro de 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, publica a Portaria SAS nº 779, definindo como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2008b).



#### Saiba Mais

Para acessar o SISMAMA, utilize os seguintes links:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. Definindo como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-779.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde**. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/Sistemas\\_de\\_Informacao/Sistemas\\_InformacaoSaude.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/Sistemas_InformacaoSaude.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2010.

## 2.3 Instrumentos para Avaliação de Risco e Vulnerabilidade em Saúde da Mulher

No processo de formação e aprimoramento, cada vez mais o profissional necessita ter acesso a informações em tempo real, o que poderá ser obtido nos endereços eletrônicos que contêm dados sobre a saúde da mulher, os quais você pode conferir no Saiba Mais no final dessa Unidade.

Os Cadernos de Informação de Saúde consistem de uma planilha contendo indicadores obtidos das diversas bases de dados do Ministério da Saúde brasileiro. Tais planilhas podem ser exibidas diretamente pelo navegador (browser) ou copiadas para o seu computador. Os últimos cadernos disponibilizados no sistema foram gerados em fevereiro/2009 e são atualizados periodicamente. O software de geração dos Cadernos e os seus modelos também estão disponíveis para download.

- a) consulte nos Cadernos as informações em saúde do município em que você atua e identifique os principais problemas relacionados à saúde da mulher;
- b) quais seriam as ações, por ordem de prioridade, que deveriam ser realizadas para a obtenção de melhores resultados em relação à saúde da mulher?
- c) que críticas você faria aos dados? Existem limitações? Quais?
- d) o que fazer após a análise dos indicadores?

Após análise destes indicadores, identifique os problemas associados à Atenção à Saúde da Mulher. Faça uma planilha para relacionar os problemas em ordem de importância. Selecione os problemas mais relevantes e cuja solução poderá provocar um maior impacto na qualidade da assistência à saúde da mulher. Se possível, decidir coletivamente com a participação dos usuários ou seus representantes, mediante convite de representantes na reunião da equipe ou no Conselho Local de Saúde.

A partir de cada problema identificado, construa estratégias para resolução. Planeje a estimativa de prazo e responsáveis para a solução dos problemas. Monitore periodicamente nas reuniões e avalie se o problema diagnosticado foi solucionado. Os profissionais da saúde da família constantemente devem avaliar os múltiplos aspectos presentes na dinâmica do ciclo de vida familiar para melhor compreender os processos de saúde-doença e os itinerários terapêuticos que são os caminhos buscados para a solução de problemas.





Acesse aos links citados abaixo e navegue.

Neste site, estão informações referentes ao número de mulheres (total, por faixa etária, por regiões, por municípios etc.).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/prograb.php>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

CARVALHO, A. de O. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_cidadania\\_volume06.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadernos de Informação de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, vimos os indicadores e os sistemas de informações relacionados à saúde da mulher, que se constituem em ferramentas indispensáveis para a prática profissional. Você entendeu que os indicadores revelam, além das tradicionais dimensões de estrutura, processo e resultado, a maneira como as questões sociais, econômicas e ambientais impactam na saúde. Analisamos também a formulação de políticas públicas para o enfrentamento dos problemas de saúde em geral, percebemos o quanto uma base de informações confiável dá sustentação e direcionamento à tomada de decisão nas ações da Equipe de Saúde da Família. Identificamos os múltiplos determinantes do processo saúde-doença, as iniquidades em saúde e o impacto das ações e programas na redução da morbi-mortalidade da população, só é viável a partir de informações precisas, completas e contextualizadas disponíveis nos principais indicadores e sistemas de informações relacionados à saúde da mulher.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e avaliação da Gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS: temático saúde da mulher, Brasília, ano 1, n. 1, ago. 2007. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel\\_indicadores\\_sus\\_saude\\_mulher\\_a1n1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_saude_mulher_a1n1.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. SisPreNatal. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>. Acesso em: 17 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria no 779, de 31 de dezembro de 2008b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-779.htm>>. Acesso em: 10 maio 2010.

PINHEIRO, L. et al. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 3. ed. Brasília: Ipea SPM: UNIFEM, 2008. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa\\_Retrato\\_das\\_Desigualdades.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa_Retrato_das_Desigualdades.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2010.

MACHADO C., et al. Identificação de riscos na família a partir do genograma. Família Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v.7, n.2, p.149-157, maio/ago. 2005.

# UNIDADE 3

MÓDULO 6

### 3 PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCO E DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA MULHER

Uma das competências necessárias para os profissionais de Saúde da Família é a questão de como é efetuado o planejamento das ações individuais e da equipe de saúde. Isso implica refletir criticamente sobre o cotidiano das práticas dos serviços e como está sendo o monitoramento, a avaliação e o impacto das ações.

Uma prerrogativa do trabalho em equipe de SF é que este deva considerar os problemas e limitações reconhecidos no nível local e nos outros níveis de atenção; e no gerenciamento do setor saúde e de outros setores. Outra noção importante para guiar o planejamento é o de indivíduos ou grupos populacionais vulneráveis, sendo que estes são não somente os portadores de determinadas patologias ou agravos, como o diabetes, a hipertensão arterial, o câncer ou de fatores de risco, como o consumo de álcool e outras drogas, sobrepeso e obesidade, gravidez na adolescência; mas, também, aqueles que estão expostos a condições de vulnerabilidade social, famílias com redes sociais e/ou condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade, situação de violência intrafamiliar, de desestruturação por separação, morte ou divórcio.

Avaliar os riscos a que estão expostos os indivíduos e grupos familiares e igualmente a qualidade da assistência da saúde é um dos aspectos essenciais para a prática dos profissionais de SF na atenção à saúde da mulher. Fundamental ainda é o planejamento pautado na integralidade visando intervir sobre os determinantes de saúde em múltiplos planos de cuidado e na melhoria da qualidade da assistência que minimizem os aspectos de vulnerabilidade detectados. O **genograma**, por sua facilidade de confecção e de interpretação, é uma das ferramentas que tem se mostrada efetiva para subsidiar o processo de avaliação de determinantes biológicos, psicossociais e ambientais sobre as condições de risco e vulnerabilidade intrafamiliar.

#### 3.1 Critérios e Indicadores da Qualidade da Atenção à Saúde da Mulher

As equipes de saúde da família devem ter critérios visando que os princípios e diretrizes do SUS se concretizem. Isso traz implicações no cotidiano das práticas e da organização dos serviços. No caso da saúde da mulher, é preciso lembrar que as competências são

múltiplas e que as ações devem garantir que o acesso à atenção e ao cuidado seja ampliado, e, ainda que estas estejam pautadas na integralidade, equidade, resolutividade e humanização da atenção da saúde da mulher.

O instrumento da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) traz a saúde da mulher no mesmo tópico de saúde da população adulta, mas iremos destacar aqueles itens que se inserem especificamente à saúde da mulher.

O primeiro item apontado versa acerca do amplo acesso da população de baixo risco. Essa é uma das atividades mais elementares que existem com relação à assistência na Atenção Básica, pois um pré-natal de qualidade reduz consideravelmente indicadores de mortalidade materna e infantil.

O cadastramento e o acompanhamento de todas as gestantes da área de competência da unidade são fundamentais, mesmo para gestantes que, por ventura, não estejam em acompanhamento na unidade local. Mesmo as gestantes que estejam fazendo acompanhamento em uma unidade de referência, ou com médico em consultório privado, as ACS têm a incumbência de, mensalmente, conferir pelo cartão da gestante se está sendo realizado o pré-natal regularmente. Caso contrário, é papel da equipe efetuar uma busca ativa insistente, utilizando até de outros meios cabíveis, se houver recusa da paciente. Cabe ressaltar que devemos esgotar todos os meios possíveis para o acompanhamento da gestante.

A insistência na busca ativa é feita, pois pode evitar muitos danos de uma forma simples. Por exemplo, vamos supor que uma das gestantes que não esteja fazendo acompanhamento pré-natal esteja com sífilis, e que essa doença seja transmitida ao bebê. A co-responsabilidade por esse fato é da sua equipe, e indica necessariamente uma assistência pré-natal de baixa qualidade, mesmo que essa gestante esteja sendo acompanhada fora da sua unidade. Portanto, vamos ficar atentos.

A formação de grupos de gestantes e/ou de casais grávidos, é uma atividade essencial da equipe, já que nessa fase as mulheres se encontram bastante sensibilizadas, e muitas vezes solitárias por ter poucas pessoas com quem compartilhar as mudanças que estão ocorrendo. O grupo proporciona o encontro com outras mulheres/homens que estão passando pela mesma fase, e permite que haja uma troca de experiências, pois sempre há mães/pais de primeira viagem e outras(os) com mais filhos.

O médico, o enfermeiro ou o cirurgião dentista devem estar sempre presentes nos grupos, para que a troca de experiências seja

intermediada a fim de que nenhum dano possa ocorrer oriundo do intercâmbio de informações.

Os assuntos a serem abordados devem ser escolhidos pela equipe juntamente com as gestantes/casais, havendo ciclos de assuntos, visto que as gestantes vão se alternando durante os grupos.

Exemplo de assuntos que geralmente são fonte de dúvidas para as gestantes/casais grávidos:

- a) a hora do parto, os cuidados com o bebê recém-chegado (banho, curativo do coto umbilical, roupas, posição para dormir, troca de fraldas...);
- b) amamentação, cuidados com o bebê na unidade de saúde (vacinas, testes de triagem – ex. teste do pezinho, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento...);
- c) mudanças no corpo e na mente da mulher (pintar o cabelo, sexo, constipação, mudança de humor...), anticoncepção após o parto, e assim por diante.

Lembre-se de que esses assuntos são apenas algumas sugestões.

É importante também incluir os outros membros da equipe nos grupos, de acordo com a disponibilidade, principalmente os ACS, inclusive, capacitando-os a conduzir alguns grupos. Tal prática aumenta o vínculo do ACS com as pessoas da área, além de valorizar seu trabalho na equipe.

A participação nos grupos às vezes pode decepcionar, aparecendo 2 ou 3 gestantes. Mesmo que o número seja assim baixo, o grupo deve ser realizado, pois senão não estaremos valorizando aquela pessoa que disponibilizou parte do seu tempo para estar ali.

Vários aspectos são significativos para aumentar a adesão aos grupos, como, por exemplo, o horário, tentando sempre atender às necessidades das mulheres/casais grávidos, e não da equipe. Outro fator relacionado à adesão é a relação que as ACS estão desenvolvendo com as mulheres do bairro, se em uma determinada microárea a adesão é sempre mais baixa, significa um sinal de alerta ao trabalho desenvolvido lá. Além desses fatores, o vínculo que os profissionais na unidade têm com seus usuários talvez seja o mais importante. Pense nisso.

A assistência pré-natal, além de ser oferecida com amplo acesso, para ser de qualidade, precisa ser iniciada precocemente (antes de 90 dias de gestação) e com o mínimo de 6 consultas, incluindo o puerpério, que deve ser realizado no máximo até 42 dias após o parto. Esse levantamento deve ser feito a partir da ficha B do SIAB, para saber se a equipe está, no mínimo, cumprindo com 80% das referidas três metas.

Caso sua equipe não esteja dando conta de tais metas, é preciso discutir isso na próxima reunião de equipe, e levantar as possíveis causas. Nesse caso, o papel de vigilância à saúde que as ACS têm é fundamental. Educações continuadas devem ser pensadas, se esse for um dos problemas. Ou a forma como essas gestantes estão sendo acolhidas na UBS, ou seja, o acesso delas está sendo facilitado?

Além das reuniões com as gestantes e/ou casais grávidos, as reuniões de planejamento familiar também devem ser pensadas, inclusive tentando alcançar os diferentes grupos etários, e por ventura, de diferentes culturas.

Outra atividade que indica a qualidade da assistência às mulheres da área é a alta cobertura de prevenção de câncer de colo de mama e de útero. O que muitas vezes é um desafio difícil de ser vencido pelas equipes, principalmente quando a meta de cobertura de citologia de colo uterino, para ser considerada de qualidade, deva ser maior que 90% das mulheres.

Além dos programas oficiais, como o SISCOLO e o SISMAMA, de abrangência nacional, uma coisa a ser pensada pela equipe deve ser a criação de um instrumento de acompanhamento das mulheres para esses dois aspectos, uma vez que na Atenção Básica tais instrumentos não estão disponíveis. Uma sugestão de dados que essa ficha poderia conter são: nome da mulher, área, microárea, data de nascimento, idade da primeira menstruação, gestações prévias, tipo de parto, anti-concepção, data da última consulta médica para saúde da mulher, data do último preventivo e data da última mamografia. Como a ficha seria preenchida pelas ACS, é de extrema importância que elas sejam capacitadas para utilizar corretamente o instrumento.

Esse instrumento pode ajudar a equipe na realização da busca ativa das mulheres na área, dando uma ideia mais fidedigna do padrão de qualidade desempenhado na assistência à saúde da mulher.

Apresentamos aqui sugestões que podem ser adotadas por sua equipe, lembre-se de que elas devem ser adequadas a cada realidade, e não quer imprimir qualquer tipo de padrão no acompanhamento da saúde da mulher em seu município.

## 3.2. Avaliação de Padrões de Risco e de Vulnerabilidade na Atenção à Saúde da Mulher

### a) Aspectos de risco e vulnerabilidade

Quando discutimos aspectos de risco e vulnerabilidade, necessitamos ter em mente que, no caso da saúde da mulher, esses são inúmeros e alguns merecem uma maior ênfase, tais como: as situações de violência de gênero, gravidez na adolescência, baixa escolaridade e pobreza, redes sociais precárias, uso de álcool e outras drogas na família e vizinhança, doenças prevalentes na família, padrões comportamentais, uso indiscriminado de anticoncepcionais orais. Devemos, entretanto, discernir fatores que possuem abordagens diversas e complementares, a saber:

**Fatores de risco constitucionais** – não passíveis de modificação – sexo, idade, raça e fatores hereditários.

**Fatores de risco comportamentais** – formas de comportamento e hábitos determinados pelo ambiente psicossocial e econômico – passíveis de modificação adoção de ações de promoção da saúde – tais como dieta, tabagismo, uso de álcool e outras drogas na família e na vizinhança, sedentarismo.

**Fatores de risco psicossociais** – interferem na pré-patogênese de muitas doenças – tais como classe social, ocupação, grau de escolaridade e de renda, cultura, aspectos parentais, redes sociais.

O profissional de saúde da família se depara, na sua prática cotidiana, com um quadro de saúde que envolve grande complexidade na saúde da mulher. Devem ser levados em conta os vários determinantes sociais implicados na saúde. Aqui é colocado um modelo proposto para a análise desses determinantes, em trabalho intitulado Rumo a um Modelo Conceitual para análise e ação sobre os Determinantes sociais de saúde (CSDH) Modelo de Determinantes da Equipe de Equidade da Organização Mundial de Saúde (Figura 4).

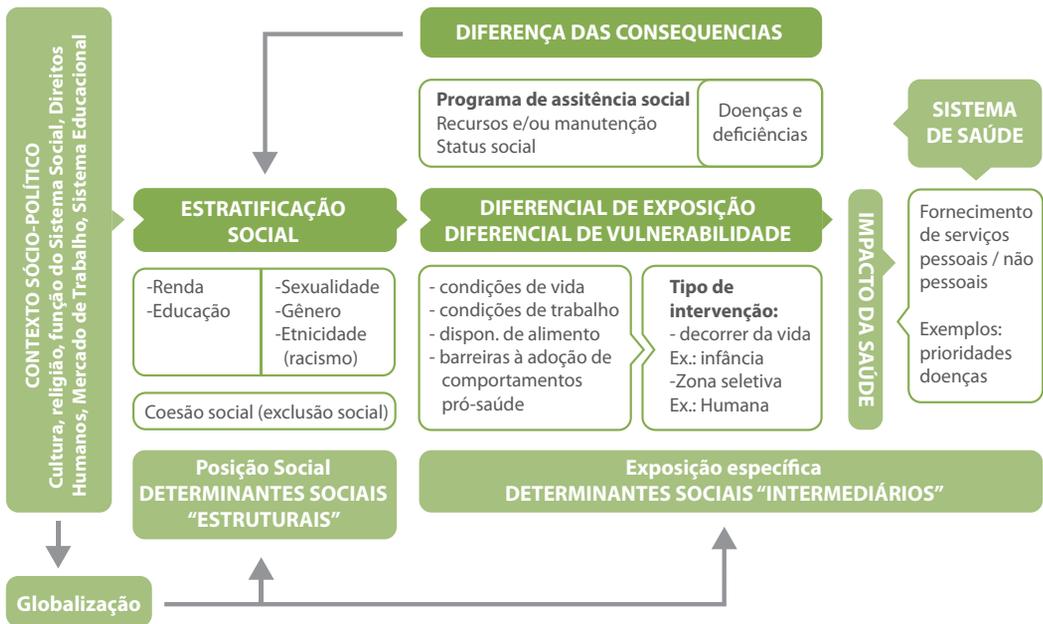


Figura 4: Modelo de determinantes da equipe de equidade da organização mundial de saúde.

As mudanças nos perfis epidemiológicos e demográficos e as intervenções na saúde da mulher mudaram os indicadores de mortalidade. Causas externas (violências) e as doenças cardiovasculares assumiram papel destacado entre as causas de morte deixando câncer de útero para trás. No que se refere à mortalidade relacionada a complicações da gravidez, parto e puerpério, denominadas de causas maternas, na sua ampla maioria seriam evitáveis, desde que houvesse uma assistência adequada e que fossem cumpridas as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde. Além disso:

os “problemas de saúde articulam-se: como é o caso da violência sexual e a transmissão das DST/Aids; do uso indiscriminado e sem assistência médica da contracepção hormonal e a ocorrência de doenças cerebrovasculares; da generalização progressiva das terapias de reposição hormonal e seu potencial aumento de risco para doenças crônico-degenerativas (LEÃO; MARINHO, 2002, p. 33-34).

- b) A implicação da qualidade da assistência e da gestão como interveniente sobre os fatores de risco e vulnerabilidade.

A garantia da integralidade implica uma rede de atenção efetiva. Desse modo, a partir dos indicadores de saúde nacionais, regionais e locais, é possível planejar as ações, dando prioridade aos aspectos que envolvem maior risco e vulnerabilidade nas várias etapas do ciclo vital das mulheres e de suas famílias. Exemplo disso, como apontam (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 273):

falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, sendo este um período onde há uma maior probabilidade de intercorrências obstétricas. A continuidade da atenção é um dos principais fatores na determinação dos resultados maternos e perinatais.

Embora as políticas e diretrizes do Ministério da Saúde tenham avançado substancialmente, assim como um conjunto de normas técnicas editadas e disponibilizadas aos serviços, ainda há uma insuficiência de qualidade de muitos serviços. Esses dados evidenciam que:

apesar dos dados disponíveis apontarem um aumento considerável nos últimos anos no número de consultas por mulher, esse incremento não resultou em impacto considerável nos óbitos maternos declarados, mesmo nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, que têm média maior que quatro consultas há quatro anos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 273).

Sendo assim, dentre as principais competências dos profissionais de saúde da família, conforme assinalado acima, merece destaque a importância do olhar de vigilância em saúde sobre alguns elementos de morbi-mortalidade que têm sido quase que sistematicamente negligenciados e que necessitam uma maior atenção. Dentre esses, salienta-se a investigação de co-morbidades e de agravos à condição de ser mulher, desde a violência sob todas as formas até a detecção e a agudização de doenças crônicas.



#### Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, 9, 150-153, ago. 2001.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, abordamos o papel dos membros da equipe de saúde da família no planejamento de ações e avaliação de risco e de vulnerabilidade em saúde da mulher, destacando a importância de os profissionais da ESF refletirem criticamente sobre o cotidiano das práticas dos serviços e como estão sendo o monitoramento, a avaliação e o impacto das ações, na perspectiva do conceito de integralidade. Vimos que avaliar os padrões de riscos a que estão expostos os indivíduos e os grupos familiares, e igualmente a qualidade da assistência da saúde e da gestão, são elementos essenciais para a prática dos profissionais da ESF na atenção à saúde da mulher.

## REFERÊNCIAS

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para políticas públicas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0303/pdfs/IS23\(3\)079.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2010.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, v. 4, n. 3, p. 269-79, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007)>. Acesso em: 10 maio 2010.

# PARTE II

MÓDULO 6



# UNIDADE 4

MÓDULO 6

## 4 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA MULHER

A atenção básica à saúde desenvolvida na UBS tem o objetivo de além de tentar resolver a sintomatologia relatada pelos pacientes que procuram estas Unidades de Saúde, também orientá-los no controle de sua própria saúde. Em saúde bucal, geralmente o enfoque se constitui a determinados grupos prioritários como crianças e adolescentes, adultos e idosos.

Porém, apesar de a mulher adulta ser enquadrada no grupo dos adultos em relação às questões técnicas odontológicas, há necessidade de uma reflexão a respeito da sua saúde. O objetivo geral desta unidade é instrumentalizar você, dentista, para um campo conceitual relativo à saúde da mulher que permitirá reflexões acerca de sua prática odontológica diária, possibilitando novas perspectivas de atenção a este segmento da população.

### 4.1 Cuidados nas Principais Queixas e Agravos da Saúde da Mulher

A atenção à saúde da mulher deve ser ampliada para além das questões biológicas diagnosticadas nos problemas e agravos encontrados em consultas realizadas. A avaliação do estado de saúde deve procurar identificar estes problemas e agravos em esferas mais amplas e abrangentes.

É essencial que a equipe de saúde reconheça que os cuidados à saúde da mulher constituem-se como oportunidade para a promoção, prevenção, diagnóstico, investigação e tratamento amplo e contínuo, contemplando todos os aspectos que possibilitem uma melhoria a sua saúde.

A saúde bucal é parte integrante de tais ações e demanda, por parte da equipe, uma atenção especial no sentido de criar estratégias que promovam este cuidado à luz da integralidade em saúde.

#### 4.1.1 Principais Agravos à Saúde Bucal da Mulher

O dentista que trabalha na ESF está habituado a atender mulheres em sua prática cotidiana. Contudo, nem sempre está atento às especificidades presentes neste atendimento. Isso ocorre porque as questões de gênero ainda são pouco discutidas no âmbito da Odontologia.

Em uma pesquisa realizada por Silva (2001), os resultados evidenciaram que praticamente inexistente uma atenção diferenciada à saúde bucal em geral das mulheres, mas destaca a atenção priorizada quando a mulher se encontra no período de gestação, e depois o foco principal da atenção volta-se à prevenção de doenças bucais do bebê.

Atualmente, como você tem constatado neste módulo, o programa de saúde da mulher vem, ao longo do tempo, ampliando seu foco de atenção. Todavia ainda estão priorizados os temas relativos às questões contraceptivas, reprodutivas e climatério. As discussões de gênero têm sido capitaneadas por autores envolvidos com a temática da violência contra a mulher (COELHO; CALVO; COELHO, 2006, COELHO, 1999).

De modo geral, fica evidente que a saúde da mulher e a Odontologia não fogem à regra, tem sido priorizada em sua dimensão biológica em detrimento das dimensões sócio-econômicas e culturais. Faz-se necessário aprofundar os estudos na perspectiva da saúde coletiva, procurando mostrar as implicações que as diferenças de gênero acarretam para a saúde das mulheres e sua qualidade de vida (SILVA, 2001).

Para Silva (2001), a mudança na atenção à saúde da mulher passa, inicialmente, pela compreensão das relações sociais entre homens e mulheres que estipulam dentro da sociedade papéis diferentes para um e para outro. Sabe-se que à mulher são atribuídos os cuidados com os demais, especialmente no que tange aos seus próprios aspectos de saúde. A mulher, desde a sua infância, é socialmente moldada para os cuidados com a maternidade, com o lar e com o marido.

A sociedade valoriza muito mais as atividades atribuídas aos homens, com seu trabalho, do que os cuidados que a mulher tem para com suas atividades domésticas, filhos e companheiro. Ao longo da história, a igreja, o sistema educacional e a medicina acabaram consolidando esta visão.

Ao comemorar o Dia Internacional da Mulher, o Jornal da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) destaca que apesar da emancipação feminina vivenciada nos dias de hoje, a mulher brasileira ainda se responsabiliza por quase todo o trabalho doméstico. O artigo menciona uma pesquisa do IBGE na qual 50,5% dos homens ocupados afirmam cuidar dos afazeres domésticos, contra 89,6% das mulheres ocupadas. Acumulando funções no lar e fora dele, a mulher se divide entre os cuidados com sua saúde e de sua família, e por vezes acaba negligenciando a sua própria (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2009).

Todas estas questões de gênero devem ser levadas em consideração durante o atendimento odontológico da mulher, somando-se às diferenças e especificidades evidenciadas no plano biológico. Tais especificidades já foram discutidas ao longo deste módulo, mas neste momento queremos salientar os seguintes tópicos:

- a) erupção dentária: nas meninas, ocorre mais precoce em relação aos meninos;
- b) cárie dentária: as mulheres possuem prevalência de cárie maior que a dos homens. Uma das explicações para este fato é o maior tempo de exposição dos dentes aos desafios cariogênicos;
- c) doença periodontal: em função das alterações hormonais que sofre ao longo da vida, seja pela menstruação e, mais tarde, no climatério, ou no caso de se tornar gestante, a mulher está mais suscetível a alterações no periodonto, sobretudo aos sangramentos gengivais;
- d) disfunções têmporo-mandibulares: segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), de maneira geral, o risco de desenvolver dor é maior em mulheres do que em homens na idade adulta mediana. Esta tendência é registrada para os casos de DTM. Os fatores influenciadores são de ordem fisiológica, perceptiva, social, comportamental, com destaque para diferenças hormonais;
- e) ardência bucal: esta síndrome é caracterizada por sensação de ardor bucal sem sinais clínicos visíveis. É uma condição crônica mais prevalente em mulheres após a menopausa;
- f) higiene bucal: as mulheres possuem hábitos mais saudáveis do ponto de vista da higiene bucal (ABBEG, 1997). A autora associou seus achados ao maior cuidado da mulher com sua aparência.

Portanto, os aspectos aqui abordados precisam ser analisados para possibilitar uma nova maneira de se promover a atenção à saúde da mulher. Cabe ao dentista e demais membros da equipe de saúde estimularem as mulheres às consultas de rotina na Unidade Básica de Saúde (UBS).



#### Recomendações de Leitura:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/guia\\_psf1.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/guia_psf1.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual: a saúde bucal faz parte da saúde da família?** Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/partes/guia\\_psf2.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/partes/guia_psf2.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2010.

### 4.1.2 Inter-Relação entre Saúde Bucal e Violência Contra a Mulher

O módulo que trata especificamente da temática da violência traz as informações necessárias para a compreensão deste que é, sem dúvida, um dos maiores desafios para a sociedade e, em especial, para os que trabalham na saúde pública. Nosso principal objetivo aqui é ressaltar os agravos buco-faciais decorrentes das situações de violência contra a mulher.

Muitas vezes, é durante a consulta odontológica que determinados casos de violência contra a mulher são diagnosticados, por esta razão, é importante que o dentista fique atento aos seguintes sinais e sintomas:

Manifestações bucais agudas: lacerações e hemorragias ocorridas na boca e dentes, com traumatismos dentários, com lesões de articulação têmporo-mandibular (ATM) e com hematomas e fraturas na face.

Doenças sexualmente transmissíveis: em geral, se manifestam tardiamente na boca e podem estar relacionadas com episódios anteriores de violência relatados ou não; incluindo as investigações de infecções oportunistas fúngicas (candidíases de várias formas), infecções bacterianas (eritemas e gengivites ou periodontites ulcerativas necrosantes), infecções virais (herpes simples, HPV, leucoplasias) e até neoplasias, que são comuns em pacientes portadores do HIV.

Além da consulta com um exame clínico minucioso e escuta qualificada, é relevante garantir o acompanhamento do caso com os retornos à UBS e/ou o encaminhamento a especialidades, caso necessário. Tais informações estão disponíveis de forma mais

detalhada na publicação que trata da atenção à mulher em situação de violência:



### Saiba Mais

Consulte o Protocolo Mulher de Verdade:

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção a mulher em situação de violência**. Curitiba, 2008. (Programa Mulher de Verdade). Disponível em: <<http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/mulherdeverdade.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

Agora, procure refletir o modo como você trabalha cotidianamente as especificidades de saúde bucal da mulher na UBS. De que forma a saúde bucal está retratada nos guias recomendados para leitura e na literatura odontológica em geral?

## 4.2 Atenção à Saúde Bucal na Gestaçã

A complexidade que envolve a mulher e a gestaçã, o parto, o puerpério e o climatério aponta para um novo paradigma na atençã à saúde, pautado na humanizaçã, promoçã da saúde, prevençã de doenç as, autonomia da populaçã e adoçã de atitude ética nas relaçõ es intersubjetivas existentes entre os diversos sujeitos envolvidos na produçã em saúde – profissionais de saúde, usuá rios e gestores.

Uma atençã pré-concepcional, pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada implica: a compreensã do processo saúde/doenç a sob uma nova ótica, capaz de compreender a pessoa na sua integralidade, singularidade e multidimensionalidade; considerar o ambiente no qual está inserida; e valorizar as diferenç as, identidades, crenç as e demandas, valorizando a mulher como sujeito de direitos, merecedora de acolhimento, interesse, privacidade e compreensã.

Neste modelo, o cuidado deve centrar-se no ser humano (gestante, parturiente, puérpera e lactante e familiar), na comunicaçã

autêntica, no respeito à integridade e dignidade do outro, e devem ser estimuladas redes de cooperação entre os serviços de saúde e destes com outros setores da sociedade (ZAMPIERI, 2006).

Para esta mesma autora, o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento mais saudável. É condição indispensável para a prevenção de agravos, diminuição da morbimortalidade materna e fetal, fortalecimento dos potenciais da gestante, preparação para a maternidade e paternidade, aquisição de autonomia, tranquilidade e segurança na vivência do processo de nascimento (compreendido desde a pré-concepção até o pós-parto), formação da nova família e estruturação da personalidade do novo ser.

Você já refletiu sobre o seu papel na atenção à gestante, à puérpera e à mulher no climatério? Como tem sido o atendimento prestado por você e pela equipe de saúde? O atendimento se restringe às consultas, sendo apenas algo rotineiro e técnico? Você respeita as crenças e os valores da mulher?

No que se refere à saúde bucal, é importante inseri-la no cuidado pré-natal para que mais e mais gestantes acessem o serviço odontológico, e o tal ditado “cada gestação um dente perdido” transforme-se em lenda de um passado distante. Esperamos que o conteúdo aqui disponibilizado contribua para que você e sua equipe desenvolvam melhores práticas no que concerne à atenção à saúde da mulher nestes períodos de sua vida.

Resultados de estudos epidemiológicos e de observação evidenciam que mulheres que recebem assistência pré-natal no início da gravidez, e que comparecem a mais consultas pré-natais, apresentam menores níveis de mortalidade materna e perinatal e melhores resultados no ciclo gestacional (ENKIN, 2004).

#### 4.2.1 Atividades Educativas e de Apoio às Gestantes e seus Familiares

A atenção à saúde no período pré-gestacional e gestacional deve incluir a consulta pré-natal, estendendo-se aos grupos educativos e de apoio à mulher e seus familiares, aos atendimentos em sala de espera e às visitas domiciliares (ZAMPIERI, 2007).

Na gestação, especificamente, durante o período de atendimento, o profissional de saúde deve avaliar além do processo fisiológico,

também o modo como a mulher está se adaptando a esta situação, os suportes e recursos que dispõe, o tipo de vida que leva e o sistema de crenças e valores tanto seu como de sua família. Para tanto, é fundamental que conheçamos a realidade na qual as gestantes vivem. Atenção especial deve ser dispensada à escuta e compreensão dos principais mitos que impedem e/ou dificultam o atendimento odontológico à gestante em sua UBS. É possível que tais mitos estejam presentes até mesmo entre os profissionais de saúde, por isso é importante abrir um espaço para discuti-los e compreendê-los (AUMANN, BAIRD, 1996).

Um desses mitos é “um dente perdido por cada bebê”, no entanto à luz da literatura o profissional da saúde dispõe de elementos para evitar que a mulher perca dentes durante o período gestacional. Um dos fatores que contribui para a perda dentária na gestação é o medo que o atendimento odontológico possa oferecer riscos à saúde do feto. Este medo evidencia um aspecto que é socialmente considerado natural em virtude das condições que cercam a vida da mulher, fazendo com que ela coloque, de maneira errônea, a sua própria saúde em segundo plano, inclusive a saúde bucal, em benefício da garantia da saúde de seu futuro filho.

Outro motivo para não ir ao dentista é a alegada falta de tempo, devido à sobrecarga de atividades no lar, que a ocupa em demasia e a impede de poder cuidar de si mesma, da sua própria saúde.

Percebe-se que a falta de informações corretas acaba desequilibrando o processo saúde/doença bucal, gerando ainda mais doença nessas mulheres. Um ponto extremamente importante é a integração do dentista com outros profissionais da saúde (principalmente médicos e enfermeiros que constantemente têm contato com a gestante), no intuito de mudar tais concepções da saúde bucal entre as mulheres, de modo especial durante a gestação.

No que toca especificamente à gestante, é preciso que os serviços de saúde potencializem a atenção à sua saúde bucal, pois, sem cuidados especiais, a informação e a conscientização, as crenças, mitos e medos existentes continuarão firmes e enraizados. Desta forma, é interessante que se conheça a cultura do lugar em relação à importância e valorização sobre o atendimento odontológico à gestante e que se possa, em conjunto com a comunidade, reconstruir estes paradigmas.

Uma forma de propagar informações, seja à gestante, puérpera ou mulheres no climatério, é a utilização de folhetos educativos a serem distribuídos na UBS e comunidade. A equipe de saúde poderá elaborar material instrucional a esse respeito. Neste material, podem

ser abordados temas como transmissibilidade da flora bacteriana, dieta, relação saúde bucal da mãe e do bebê, consultas de acompanhamento, tratamento odontológico no período gestacional, higiene bucal, prevenção na dentição da criança, e outros. Mas algumas preocupações devemos ter em relação ao material a ser elaborado: a escrita deve estar em uma linguagem acessível e usando termos menos técnicos possíveis; e o texto deve respeitar a cultura da comunidade na qual se trabalha.

Outra forma de se trabalhar com as mulheres nestas fases de sua vida são as atividades de grupo. Quanto às gestantes, o encontro com estas e/ou casais grávidos consiste em um espaço de socialização de conhecimentos e experiências sobre o ciclo grávido-puerperal. Visa fortalecer os potenciais da gestante e de seus familiares para que eles possam ter uma participação mais ativa no processo de nascimento e uma vivência mais tranquila, prazerosa e plena desta etapa de suas vidas. É uma atividade interdisciplinar que propicia às gestantes e aos seus acompanhantes desmistificar tabus relativos à gestação, parto e puerpério; realizar atividades físicas e exercícios respiratórios; compartilhar conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, medos e dúvidas; criar novos laços de amizade, conhecer e interagir com pessoas que estão vivenciando o mesmo processo; além de conhecer a maternidade, familiarizando-os com o ambiente em que o parto poderá acontecer.

Os temas abordados no grupo devem ser escolhidos pelos participantes e as estratégias utilizadas para conduzir as atividades devem ser avaliadas a cada encontro, e se possível, serem combinadas como os envolvidos (ZAMPIERI, 2007). Devem ser valorizados os conhecimentos das gestantes, sua realidade, seus saberes e suas experiências prévias.

Outra forma pode ser a atividade educativa realizada na sala de espera. Ali, também, podem-se trabalhar as dúvidas e os medos que surgem no cotidiano em relação ao processo de gestar, parir e amamentar. O mencionado espaço oportuniza também troca de conhecimentos e aquisição de novos saberes, estabelece novos laços de amizade, permite expressar sentimentos e dúvidas e diminuir a ociosidade e ansiedades oriundas do longo tempo de espera para participar da consulta, além do fato de possibilitar uma relação mais íntima com os membros da equipe de saúde (ZAMPIERI, 2007).

O profissional de saúde da atenção básica nas atividades educativas deve atuar como facilitador. Assim, recomenda-se que sejam evitadas as palestras e estimulados espaços para a troca de informações, experiências e expressão de sentimentos. Quanto às gestantes

adolescentes, recomenda-se que os grupos educativos sejam exclusivos dessa faixa etária, abordando também temas de interesse deste grupo (BRASIL, 2006).

É importante que temas como alimentação, higiene bucal, importância da amamentação e cuidados com o futuro bebê, devido sua importância, devem ser estimulados para a discussão.

No seu trabalho cotidiano, você tem participado de grupos educativos? Tem estimulado as gestantes, puérperas e acompanhantes a participarem destes encontros? E quanto aos seus colegas de equipe? Lembre-se: os temas a serem trabalhados devem emergir dos participantes.

Mas quando a gestante não frequenta a UBS?

Neste caso, a visita domiciliar pode ser uma das estratégias para acompanhar a gestação, para reforçar o vínculo com a unidade de saúde e seus profissionais, captar as gestantes não cadastradas na unidade de saúde, reconduzir as faltosas, acompanhar aquelas que não podem participar de consulta na UBS, reforçar a troca de experiências e conhecimentos e supervisionar e reavaliar as ações propostas (ZAMPIERI, 2007).

### 4.3 Fatores de Risco na Gestação: Riscos Clínicos e Sociais

Você já estudou no Eixo 1, em epidemiologia, as questões relativas aos riscos em saúde. Em relação às gestações, estas são classificadas no enfoque de risco de acordo com os seguintes graus: de alto e de baixo risco. As necessidades do grupo de baixo risco são atendidas em nível primário de assistência e as do grupo de alto risco (representando percentual de 10 a 20%) na atenção secundária e terciária, utilizando-se cuidados mais qualificados e equipes especializadas (BRASIL, 2006).

É importante enfatizar que uma gestação definida como de baixo risco pode se transformar de alto risco de um momento para o outro, como também é possível uma gestação de alto risco, ao receber um acompanhamento adequado, voltar à condição de baixo risco. Os fatores geradores de risco, de modo geral, podem ser agrupados, conforme o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Área Técnica de Saúde da Mulher (BRASIL, 2006), em quatro categorias, que são:

- a) características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis: incluem idade menor que 15 e maior que 35 anos, baixa escolaridade, condições inadequadas e insalubres no trabalho, condição ambiental desfavorável, peso menor que 45 e maior que 75 kg, altura menor que 1,45m, dependência de drogas, situação conjugal insegura e não aceitação da gravidez, em especial dos adolescentes;
- b) história reprodutiva anterior à gestação atual com morte perinatal explicada ou inexplicada, recém-nascido com retardo de crescimento, pré-termo ou mal formado, abortamento, esterilidade e infertilidade, intervalo intra-partal inferior a dois anos, nuliparidade ou multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva e cirurgia uterina anterior; pré-eclâmpsia; macrossomia;
- c) doença obstétrica na gravidez atual, destacando-se os desvios de crescimento uterino, gemelaridade, trabalho de parto prematuro, ganho ponderal inadequado, diabete gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hemorragias da gestação e óbito fetal;
- d) intercorrências clínicas: cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e epilepsias.

A caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. O dentista deve encaminhar à equipe de saúde da família a gestante que apresente alguma das situações descritas acima. Apesar de estas situações que envolvem fatores clínicos serem relevantes e serem referenciadas, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada, a gestante deve retornar ao nível primário de atenção à saúde.

Para proceder ao referenciamento, o profissional de saúde deve registrar os dados da consulta no prontuário e na folha de encaminhamento, esclarecendo o motivo do encaminhamento. Da mesma maneira deve agir o profissional da instituição que fizer a contrarreferência. Durante o período em que a gestante se encontrar sendo atendida na referência, a UBS deve continuar responsável pelo seguimento da mesma (BRASIL, 2006).

#### 4.4 Cuidados do Período Pré-Natal

No período do pré-natal, é normal que a gestante se preocupe em apenas ir ao médico, porém é de grande importância que a mulher

também tenha tratamento odontológico neste período. Para isso, é preciso que o médico, o enfermeiro e o dentista realizem em conjunto um trabalho de prevenção à saúde da gestante.

#### 4.4.1 Consulta pré-natal

Tem por finalidade avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez; encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade; favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período (BRASIL, 2006, ZAMPIERI, 2007).

As consultas de gestantes de baixo risco devem ser realizadas de forma alternada por enfermeiras ou médicos de saúde da família, devendo ser garantido que ambos as desenvolvam. Fazem também o acompanhamento pré-natal os demais membros da equipe de saúde: dentista, nutricionista, psicólogo, assistente social e demais profissionais, visando atender à gestante e sua família em sua totalidade.

Quanto à saúde bucal, a gestante apresenta maior suscetibilidade para o surgimento de problemas bucais devido às alterações orgânicas e às mudanças de hábitos alimentares decorrentes da gestação e da qualidade da higiene bucal. Os níveis elevados de estrogênio e progesterona durante a gestação acarretam alterações orgânicas como a hiperacidez salivar, a hipervascularização gengival e a diminuição da motilidade do trato digestivo. Todos estes fatores contribuem para o comprometimento da saúde bucal na gestação e a prevenção de agravos depende do acompanhamento periódico da gestante pela equipe de saúde.

Existem relatos de alterações no pH da saliva (tornando-a mais ácida) como sendo um dos fatores que predispõem e que podem levar ao surgimento de cárie dentária nas gestantes se os cuidados com a higiene bucal não forem tomados. As alterações hormonais e o aumento da vascularização gengival contribuem para uma resposta exagerada dos tecidos moles gengivais aos fatores locais. Além disso, pode ocorrer aumento da mobilidade dentária que pode estar associada a alterações dos hormônios, estrógeno e progesterona.

A adesão das mulheres ao cuidado pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (ENKIN, 2004).

Para tal, é importante você fazer uma leitura sobre as modificações gerais e locais na gravidez, desconfortos gravídicos e diagnóstico da gravidez, facilitando o acompanhamento pré-natal.



### Saiba Mais

Para um maior entendimento do assunto, consulte:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca17.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

Veja também: Atenção à saúde bucal da gestante e da criança:

SÃO PAULO. Secretaria Municipal. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Nascendo e crescendo com saúde bucal: atenção à saúde bucal da gestante e da criança: (projeto cárie zero)**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/0007/nascendo\\_cresc\\_viv.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/0007/nascendo_cresc_viv.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2010.

As informações a seguir devem ser compartilhadas com os demais membros da equipe de saúde de sua Unidade, uma vez que os demais profissionais também são questionados pelas gestantes a respeito de dúvidas sobre sua saúde bucal.

Em relação à doença cárie, muitas gestantes apresentam uma alta prevalência. E por que isto?

Durante o processo gestacional, é comum algum tipo de alteração nutricional, como a alta ingestão de sacarose. Este hábito pode se agravar quando associado à negligência da higiene bucal. Em relação à saliva, as mudanças salivares são comuns, como a diminuição da secreção e a alteração do seu conteúdo, que fatalmente podem aumentar o risco à cárie neste período.

Outro fator são as alterações nos hábitos de higiene bucal, podendo estar relacionado ao enjôo ao creme dental, que acaba por comprometer a qualidade da limpeza dental.

Lembre ainda que, embora ocorram alterações na frequência da alimentação, estas não são acompanhadas pelo mesmo número de escovações, o que possibilitará a permanência do substrato maior tempo na boca.

Somado a tudo isto, depois do nascimento do bebê, existe a tendência da mãe em esquecer-se de si mesma, negligenciando os devidos cuidados com a sua saúde bucal, não vista, nesse momento, como prioridade.

Na prevenção da doença cárie, é comum a utilização de fluoroterapia. Nos casos de gestantes diagnosticadas com alto risco a esta doença, recomenda-se, além do uso tópico com creme dental fluoretado na escovação diária dos dentes, uma complementação, que pode ser conseguida com a aplicação tópica profissional com gel ou verniz fluoretado na consulta odontológica, ou ainda indicar à paciente o bochecho com solução fluoretada.

É relevante que haja manutenção de fluoreto no meio ambiente bucal, uma forma de se interferir no processo de desmineralização e de remineralização.

No caso de fluoroterapia sistêmica, para Cury (1992) e Driscoll (1981), a recomendação é de que a ingestão suplementar de flúor durante a gravidez está contraindicada, pois sua eficácia não tem sido demonstrada.

Para o “Guia de Recomendações Para Uso de Fluoretos no Brasil”, editado pelo Ministério da Saúde em 2009, a indicação de suplementos (comprimidos ou adicionados aos complexos vitamínicos) no período pré-natal não é uma medida racional. Este Guia enfatiza que nenhum estudo comprovou a eficácia da ingestão de flúor na diminuição da incidência de cárie na dentição decídua durante o período de gestação (BRASIL, 2009a).

Portanto, é interessante que o dentista observe se há associação de fluoreto de sódio às formulações polivitamínicas prescritas pelo médico, para que as mesmas sejam substituídas.

Quanto à gengivite, esta é uma alteração comum na gravidez, e está relacionada ao aumento dos níveis hormonais, que parecem exacerbar a resposta gengival ao biofilme dental. Em conjunto, a progesterona e o estrogênio aumentam a vascularização, o que

intensifica a resposta inflamatória. A manutenção da higiene bucal pode ajudar na prevenção, como também na redução destas alterações inflamatórias.

A periodontite não é gerada pela gravidez, todavia, se a gestante já estiver com o problema, o mesmo pode ser exacerbado em virtude dos níveis hormonais que estão alterados. Os estudos de Offenbacher et al (1996), Passanezi, Brunetti, Sant'ana (2007), demonstraram que a periodontite, quando presente na gestante pode contribuir para o nascimento de bebês prematuros de baixo peso. A doença periodontal pode ser responsável pela elevação dos níveis plasmáticos de prostaglandina, que é um mediador da inflamação, o qual também participa da indução do parto.

Outro problema que pode estar presente é a erosão dental. Em virtude da ocorrência de vômitos frequentes, as grávidas podem ser acometidas pela erosão dental. Desta forma, deve-se orientá-las para que façam uso de dentífrico fluoretado, assim como bochechos diários com flúor, imediatamente após o vômito, para que os dentes se protejam deste distúrbio.

Outra dúvida frequente manifestada pela gestante é quanto aos exames radiográficos intra-bucais. Podem ou não ser realizados durante a gestação?

Sim, já que a quantidade de radiação a que a mãe é exposta é menor do que a necessária para ocasionar malformações congênitas. Portanto, se o dentista entender ser necessário que um determinado procedimento odontológico exija o uso de radiografia, poderá solicitá-la. Porém é preferível que não se faça radiografias durante o primeiro trimestre da gestação, por ser o período da formação do bebê (embriogênese). O período mais indicado para a realização de radiografias é o segundo trimestre da gestação. Os exames radiográficos extrabucais rotineiros podem aguardar o período puerperal para serem realizados, sendo indicados à gestante apenas em casos especiais (aqueles imprescindíveis).

Determinados procedimentos clínicos odontológicos, por serem mais invasivos, necessitam de uso de soluções anestésicas. De regra geral, não existem riscos quanto à utilização da anestesia local, entretanto, quando a gestante apresentar elevações da pressão arterial, é importante a avaliação do médico responsável para que, em conjunto com o dentista, avaliem o tipo de anestésico mais indicado.

## 4.4.2 Consultas Odontológicas da Gestante

É indispensável a participação das gestantes em ações programadas de saúde bucal, pois, através de atividades educativas, elas podem ter conhecimento e estímulo para desenvolver hábitos que ajudem a manter a sua saúde (Figura 5).

O ideal é que a gestante realize, na primeira consulta pré-natal, uma avaliação da saúde bucal. Após a avaliação inicial, as dúvidas devem ser esclarecidas e aquelas que apresentem doença em atividade sejam submetidas a tratamento odontológico. As gestantes sem atividade de doença devem ser monitoradas no mínimo trimestralmente e também após o parto.

A consulta deve ser constituída das seguintes etapas: histórico e anamnese, exame físico geral e bucal e exames complementares; levantamento de problemas; análise dos dados; plano de cuidados e registro. O acolhimento da gestante é fundamental, sendo importante chamá-la pelo nome e usar uma linguagem acessível.

A anamnese deverá ser direcionada para os aspectos gestacionais e sobre a condição médica e odontológica atual, avaliando-se alterações existentes e realizando-se encaminhamento para avaliação com outros profissionais da saúde, caso julgue ser necessário. A gestante deve ser questionada quanto a seus hábitos nutricionais e de higiene, para que se tente identificar fatores de risco causadores de doenças bucais.

A seguir, os procedimentos básicos:

### a) Exame Clínico Geral e Intrabucal

Analisa-se, de forma sistematizada, através de uma observação geral da paciente até detalhes específicos das estruturas bucais. Inicia-se pela aferição dos sinais vitais, como temperatura, pressão arterial, etc. e, na sequência, pela análise da região de cabeça e pescoço.

Na detecção de qualquer desvio da normalidade, tendo em vista as alterações sistêmicas que são normais com o período gestacional, como já abordado, a paciente deverá ser encaminhada para uma avaliação mais rigorosa com o médico.

No exame da cavidade bucal, os lábios, mucosa labial e jugal e gengiva, véstíbulo e assoalho da boca, palato, língua, orofaringe, dentes e oclusão são examinados.



Figura 5: Avaliação de saúde bucal na gestação

Fonte: Crescer, 2010.

O dentista deve observar se a rotina do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e protocolos municipais estão sendo realizados.

## **b) Tratamento**

O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período gestacional, uma vez que é mais prejudicial para o bebê a manutenção de infecções na cavidade bucal da mãe do que o tratamento instituído. Porém, deve-se ter cuidado com os períodos da gravidez.

No primeiro trimestre, há o início da fertilização e implantação do embrião. É o período no qual há a maior incidência de aborto. Por isso, o tratamento odontológico deve ser adiado se possível, além do fato da gestante apresentar algumas alterações que dificultam o atendimento (náuseas e vômitos).

O segundo trimestre, é o período mais estável da gestação e, sobretudo, o atendimento odontológico nesta fase está bem indicado. O atendimento deve preferencialmente visar à eliminação de quadros infecciosos e evitar episódios de dor.

No terceiro trimestre, a gestante passa a apresentar frequência urinária aumentada, edema nas pernas, hipotensão postural e desconforto na posição deitada. Tais características dificultam o tratamento odontológico. Além disso, a gestante encontra-se em um período de maior ansiedade devido à aproximação do parto. Assim, só devem ser tratadas gestantes com problemas urgentes.

Dentre os procedimentos odontológicos, a profilaxia, o controle de placa e as orientações para a higiene devem fazer parte de uma rotina preventiva e que podem ser realizadas em qualquer trimestre gestacional.

A técnica de adequação do meio bucal e o controle periódico profissional de placa são condutas odontológicas preventivas mais indicadas. Trata-se de procedimentos mais simples que podem garantir certo conforto à gestante quando da sua realização. A continuidade do tratamento (complementação dos procedimentos) está indicada para após o parto.

Quando da necessidade de reabilitações bucais mais complexas, deve-se analisar o quadro de saúde para se verificar se é imprescindível que o mesmo seja realizado na sua totalidade ou se pode ser feito em dois momentos: um que retire ou diminua a dor ou infecção e outro que faça a sua complementação posteriormente. Havendo a possibilidade, deve-se adiar todo o tratamento para após o parto.

Muito importante é se verificar, antes do tratamento, se a gestante apresenta as seguintes manifestações: hipoglicemia, síndrome da hipotensão postural e reflexo do vômito, pois tais manifestações vão exigir cuidados especiais por parte do dentista.

Se houver realmente a necessidade da realização dos procedimentos clínicos odontológicos, recomendam-se:

- a) sessões clínicas mais curtas, evitando situações de estresse;
- b) monitoramento dos sinais vitais (frequência cardíaca, pressão sanguínea, temperatura corporal e nível de glicose sanguínea);
- c) posicionamento da cadeira semi-supino, para prevenir a síndrome da hipotensão postural;
- d) evitar consultas pela manhã e orientar para a não ingestão de bebidas ácidas e alimentos gordurosos, antes da consulta, o que poderá prevenir náuseas e vômito.

Dentro da consulta odontológica, vale orientar a gestante com relação à higiene bucal e dieta, explicando também quais são as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação, e a importância da manutenção da saúde bucal tanto para si como para seu feto.

No respeito à higiene bucal, é recomendada a escovação dos dentes com dentífrico fluoretado pelo menos duas vezes ao dia, assim como a utilização do fio dental, ao menos uma vez ao dia. Os agentes antimicrobianos, como a clorexidina, podem ser utilizados para o controle da gengivite se o dentista achar necessário.

No tocante à dieta, a alimentação da mãe tem um papel importante para o desenvolvimento do feto. Por isso, é prejudicial para ambos que a gestante tenha uma dieta rica em sacarose, já que o açúcar natural dos alimentos é suficiente para suprir as necessidades nutritivas.

**Importante:** a gestante deve evitar os açúcares, principalmente entre as refeições.

A partir do 4º mês de gravidez, o paladar do bebê começa a se desenvolver, portanto, se nesta fase a gestante comer muito açúcar, seu filho tenderá a gostar muito de doces. E mesmo após o nascimento do bebê, deve-se acostumar as crianças com os sabores naturais dos alimentos. É recomendado que os alimentos oferecidos aos bebês não sejam adoçados artificialmente.

Vamos lembrar mais uma vez que, para o desenvolvimento das consultas odontológicas, é importante que o dentista procure previamente o médico e/ou a enfermeira para juntos avaliarem o estado físico e emocional da gestante. Nesta conversa, é significativo discutir os níveis tensionais, estado nutricional e nível de edema.

Quanto à solicitação de radiografias, já tratamos anteriormente deste tópico nesta unidade. Em relação aos levantamentos periapicais, assim como as radiografias extra-bucais (como as panorâmicas), deverão ser evitados, como também as grandes reabilitações que deverão ser realizadas somente após a gestação.

### **c) Utilização de Medicamentos na Gestação**

Em algumas situações, como no caso de determinados procedimentos odontológicos, a anestesia local é indicada. Este assunto também já foi tratado anteriormente nesta unidade. O que devemos estar atentos é referente ao período em que a gestante se encontra quanto a sua gestação e verificar o que está mais indicado.

Qualquer forma de medicação durante a gravidez deve ser usada apenas se a gravidade da condição que estiver sendo tratada for mais importante do que as consequências, mas qualquer medicação deve ser administrada apenas após consulta ao médico obstetra da paciente.

Este procedimento, além de ético, tem um efeito psicológico de extrema relevância na gestante, aumentando o grau de confiabilidade no dentista e de segurança com relação ao tratamento proposto.

No primeiro trimestre, idealmente, nenhum medicamento deve ser prescrito, exceto em casos de urgências. É relativamente pequena a lista de drogas que se acredita deter pequeno risco para o feto. No módulo saúde do adulto, na parte específica da odontologia, você terá informações importantes quanto à administração de drogas.

Nas grávidas, com hipertensão arterial não controlada, é indicado avaliar o risco/benefício do atendimento ambulatorial ou hospitalar, em conjunto com o médico. Para o procedimento da anestesia dentária, vale destacar que, acima de tudo, a paciente deve estar com a sua ansiedade controlada, consciente da necessidade do tratamento, bem esclarecida sobre o procedimento que será realizado e que tenha confiança no profissional.

Os sedativos e hipnóticos devem ser evitados durante a gestação. Nas gestantes extremamente ansiosas ao tratamento dental, deve-

se optar pela conversa ou “tranquilização verbal” (ou outros métodos de condicionamento psicológico).

No pós-parto, a mãe estará amamentando, portanto, devem-se evitar as drogas reconhecidamente eliminadas no leite materno e potencialmente prejudiciais ao infante.

Uma droga que está contraindicada na gestação é a tetraciclina. Além de poder causar injúrias ao pâncreas e ao fígado, pode atravessar a barreira placentária causando malformações e pigmentações nos dentes decíduos (se o medicamento for dado para a mãe durante o processo de calcificação dos dentes de seu futuro filho), podendo ainda resultar em deficiência do crescimento ósseo.

## 4.5 Atenção à Saúde Bucal no Puerpério

O período do puerpério ou do pós-parto é aquele em a mulher passa por modificações físicas e psíquicas. Isto porque se sente insegura quanto às condições e forma de criar o filho, se vai ou não ter condições de oferecer uma boa amamentação, associado ainda às mudanças físicas de seu corpo. Além disto, ainda se vê obrigada a dar conta da sua rotina de trabalho caseiro e/ou de outras atividades, o que a força a tentar conciliar de modo saudável todo este conjunto de fatores. O término do puerpério é aceito de forma geral quando a mulher retoma a sua ovulação e função reprodutiva.

### 4.5.1 Aleitamento Materno

As UBS devem desenvolver práticas educativas e de assistência que promovam, protejam e apoiem o aleitamento materno desde o pré-natal até o acompanhamento da mãe e da criança após o parto.

Os profissionais das equipes de saúde da família devem conhecer a situação nacional e local da prevalência e duração do aleitamento materno, as políticas públicas nacionais, estaduais e municipais de aleitamento materno, as evidências científicas que embasam as recomendações atuais da alimentação complementar de crianças em aleitamento materno, e estarem devidamente capacitados para o manejo clínico da amamentação.

Em relação às políticas públicas de aleitamento materno voltadas para a atenção básica no Brasil, foi criada a Rede Amamenta Brasil com o objetivo de contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país. Certamente, mais cedo ou mais tarde, você estará sendo convidado para participar da oficina de sensibilização dessa rede. Aproveite esta oportunidade.

A alimentação e a nutrição adequadas são fundamentais para atender às necessidades da gestante e da nutriz, e com isso, obter melhores resultados sobre a saúde da mulher e da criança. Para uma gestação tranquila e saudável, como também para uma amamentação com sucesso, é necessário que a mulher esteja com bom estado nutricional antes, durante e depois da gestação. Isso inclui ganho de peso adequado e prevenção de doenças como anemia, diabetes e hipertensão. Isto contribuirá na redução do baixo peso ao nascer de crianças e das mortalidades materna e neonatal.

A alimentação saudável para a gestante e para a nutriz segue os mesmos princípios da alimentação para a família, incluindo todos os grupos de alimentos em quantidades adequadas para a mulher e para o feto que está em desenvolvimento na sua barriga. Portanto, devemos dar atenção especial para a boa nutrição, sobretudo, ao consumo de alimentos ricos em minerais como ferro e vitaminas como ácido fólico (encontrados em alimentos como: vegetais verdes escuros, feijões, gema de ovo, fígado e farinhas de trigo e milho). Neste período, uma alimentação saudável poderá ser associada ao complemento desses nutrientes.

Em odontologia, a amamentação durante o primeiro ano de vida é essencial para a prevenção de problemas oclusais dos bebês. Além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular de sucção favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais.

A sucção no peito é um trabalho muito importante para as estruturas estomatognáticas da criança. O reflexo da sucção é desencadeado pelo toque do mamilo no palato. O sabor adocicado do leite materno é um estímulo a mais para ajudar a pega do mamilo.

Todo este processo estimula o crescimento ósseo facial de maneira fisiológica. Além de fornecer nutrientes para o bebê, a amamentação promove o desenvolvimento psíquico e estimula o desenvolvimento crânio-facial.

Sob o ponto de vista do desenvolvimento facial, o peito é insubstituível, porque a amamentação natural requer um extremo esforço muscular por parte do bebê para extrair o seu alimento, estimulando o crescimento dos ossos da face. Na mamadeira, este esforço é bem menor, pois o leite sai com mais facilidade.

É recomendado amamentar no peito exclusivamente até o sexto mês, a partir do qual já é possível introduzir alimentos através do uso da colher, mas se possível, manter a amamentação e ir desmamando progressivamente.

Porém, em situações adversas, nas quais a família necessite dar mamadeira ao bebê, alguns cuidados devem ser tomados: não aumentar o pequeno furo do bico do mamilo artificial, pois, desta forma, o mínimo fluxo do leite conseguido pela sucção será suficiente para que ele aprenda a deglutir; não acrescentar açúcar, mel, achocolatados e nem carboidratos ao leite, a não ser com recomendações médicas.



#### Saiba Mais

Para saber mais sobre aleitamento materno, sugerimos acessar os seguintes links:

IBFAN BRASIL. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar.

Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Livros.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00a.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

### 4.5.2 Consulta Odontológica Puerperal

De acordo com o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (2006), a atenção à mulher e ao recém-nascido pelos profissionais da rede básica de saúde deve ocorrer na primeira semana após o parto, com realização das ações da Primeira Semana de Saúde Integral e de outra consulta puerperal, até o 42º dia de puerpério. A consulta puerperal é a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido e, portanto, um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Porém, em seu estudo, estes autores constataram que, por diferentes motivos, a consulta puerperal tem baixíssima frequência nas UBS, e os percentuais deste indicador (consulta puerperal e seis ou mais consultas de pré-natal) foram baixos, ou seja, menores de 10%, conforme levantamento realizado no SISPRENATAL nos dois anos do estudo.

As consultas devem ser constituídas de histórico de saúde, exame físico, levantamento de problemas, plano de cuidados e registros. Podem ser realizadas nas UBS ou no domicílio. A abordagem multiprofissional e interdisciplinar no âmbito do domicílio tem se

mostrado uma boa estratégia de ação, permitindo aos profissionais apropriarem-se da realidade concretamente vivida pela família. Tal estratégia também facilita o cuidado, o vínculo e evita os vários deslocamentos da família à UBS para o comparecimento às consultas com cada profissional.

## Roteiro da Primeira Consulta

Na consulta, ficar atento às necessidades da mulher, aos aspectos subjetivos e subliminares; mostrar disponibilidade para o seu atendimento, respeitar sua privacidade, conhecimentos prévios e valores; chamá-la pelo nome; se for seu desejo, convidar familiar ou companheiro para participar da consulta; estimular a expressão de sentimentos e fortalecer suas capacidades para que assuma o controle de seu corpo, de sua vida e do bebê (ZAMPIERI, 2007).

Verificar como se sente, suas possíveis queixas e esclarecer dúvidas com relação a sua saúde bucal, orientando para que continue a usufruir do acompanhamento odontológico. Orientar sobre a importância da manutenção de sua saúde bucal e que evite contato com a cavidade bucal do bebê para evitar a transmissão de carga bacteriana.

Questionar sobre a história do aleitamento materno (anterior e/ou atual), tipo de aleitamento (exclusivo ou misto) e intercorrências, o uso de alimentação complementar inoportuna e o uso de chupeta.

Proceder às orientações sobre a saúde bucal quanto ao uso de flúor, qualidade da higiene bucal, época da higiene bucal da criança, transmissibilidade da flora bacteriana, e outros. Estas informações são as mesmas que já foram elencadas na parte específica destinada às gestantes e que também devem ser compartilhadas com os profissionais de medicina e enfermagem. Elas podem ser aperfeiçoadas por você e adaptadas para a sua realidade. A boa dentição do bebê vai depender dos cuidados que a mãe terá com o mesmo.

O flúor também é importante para o bebê. No entanto, nesta faixa etária, para o seu uso, há necessidade de cuidados especiais. Isto se deve ao fato de a maioria dos cremes dentais comercializados conterem alta concentração de flúor em sua formulação. Como a criança ainda não possui controle da sua deglutição, durante o ato de escovação dental realizada pela mãe ou pessoa cuidadora, é comum que parte da espuma do dentífrico seja engolida.

A absorção crônica poderá fazer com que os dentes em formação acabem com o esmalte dentário fluorótico. Por isso, recomenda-se

que a quantidade de creme a ser colocada nas cerdas da escova dental da criança seja mínima, o que diminuirá, no caso da deglutição, a absorção de flúor. Trata-se de um cuidado preventivo em relação à fluorose dentária (BRASIL, 2009a).

Os procedimentos clínicos odontológicos com relação ao tratamento da cárie, gengivite e periodontite seguem as mesmas técnicas dos pacientes adultos.

## 4.6 Atenção à Saúde da Mulher no Climatério

Por volta dos 45 anos de vida em geral, as mulheres iniciam um período em suas vidas no qual ocorre a transição da função fértil ou reprodutiva para a não reprodutiva, em decorrência da diminuição dos hormônios sexuais produzidos pelos ovários (estrogênio e progesterona). Esta fase da vida é chamada de climatério.

Certamente você já escutou ou leu que as mulheres têm uma expectativa de vida maior que os homens. As mulheres que passam a terceira idade e que estão no climatério necessitam ser ocupadas com atividades que possam lhes proporcionar uma vida mais saudável. A equipe de saúde da família deve se articular para, em conjunto, propor e realizar atividades compatíveis com tais mulheres.



### Na Prática

E você dentista? Certamente, nas consultas efetuadas, algumas mulheres informaram que estavam na menopausa ou que sentiam calorões devido à idade. Que importância você deu a isto? Você já estudou profundamente sobre o tema? Já se questionou acerca dos conceitos de menopausa e climatério? Tem alguma mulher próxima a você que esteja vivenciando estes períodos? Vizinhas, tias, mães, colegas de trabalho? Na UBS existe algum serviço que contemple esta questão? O que você leu a respeito?

Dialogue com alguma mulher na faixa de idade dos 45 anos ou mais a respeito e veja o que ela sabe sobre climatério e sobre os cuidados que pode realizar. Depois disso, convidamos você a estudar um pouco mais e refletir acerca desta temática.

### 4.6.1 Alterações na Saúde Bucal

Grande parte dos problemas odontológicos no climatério é acompanhada por mudanças físicas, entre elas as alterações na cavidade bucal, sendo as mais comuns o desconforto bucal (secura na boca, garganta e lábios, perda do paladar ou gosto metálico e mau hálito, dificuldade de deglutição e queimação na língua) e a perda óssea alveolar resultante da osteoporose e da doença periodontal (BRASIL, 2008).

Para Pirolo (2004), na menopausa, são comuns as seguintes queixas: dores e calores na boca, desconfortos, irritação, ardência gengival e lingual, paladar alterado, especialmente para alimentos muito condimentados e salgados, diminuição da secreção salivar. Segundo a autora, admite-se que as alterações hormonais permitem que a mulher torne-se mais vulnerável a doenças bucais, como a doença periodontal.

A redução estrogênica presente no período do climatério pode acarretar nas mulheres retrações gengivais, decorrentes da reabsorção do cálcio ósseo da crista alveolar. Como consequência, poderá ocorrer perda de inserção dentária e até de dentes, provocando graves repercussões sobre a saúde geral, entre elas mastigação deficiente, fonação alterada e desequilíbrios emocionais, visto que a ausência de dentes altera a autoestima (PIROLLO, 2004).

Como relatado anteriormente, a osteoporose caracteriza-se por uma alteração tardia do período do climatério e suas consequências podem também afetar a saúde bucal.

De acordo com Lotufo (2007), embora a patogênese das doenças periodontais e da osteoporose sejam diferentes, existem alguns fatores de risco em comum, a saber: idade, fumo e influências prejudiciais de outras doenças e medicações. Apesar de alguns autores sugerirem relação entre perda óssea dos maxilares e osteoporose, o autor destaca que a relação entre perda óssea mandibular e osteoporose ainda não está completamente esclarecida na medida em que os resultados de associação entre a densidade de massa óssea reduzida e a perda de inserção clínica ainda se mostram conflitantes.

Conforme Hass et al (2009), alguns estudos têm observado que mulheres submetidas a tratamento de reposição hormonal (HRT) possuem um aumento da retenção dentária e diminuição da destruição periodontal. O estudo desenvolvido pelos autores com mulheres do sul do Brasil concluiu que o tratamento de reposição hormonal pode trazer benefícios à saúde periodontal.



## Saiba Mais

Para se aprofundar no tema, consulte:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, 2008.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade você pôde estudar as questões complexas com as quais o profissional da equipe de saúde da família deve estar apto a lidar quando da atenção à saúde bucal da mulher. Para tal, a equipe de saúde bucal deverá levar em conta quando dos cuidados à mulher, às principais queixas e agravos de saúde apresentados pela mesma, levando em consideração a inter-relação entre saúde bucal e violência.

O texto apresentou as formas de promover a atenção à saúde bucal na gestação, enfocando as atividades educativas e de apoio às gestantes e seus familiares, como também a importância dos fatores de risco clínicos e sociais, e como se proceder nas consultas do pré-natal. O conteúdo focalizou também a atenção à saúde bucal no puerpério destacando o aleitamento materno e os cuidados na consulta odontológica puerperal. Por fim, foi abordado a atenção à saúde da mulher no climatério, destacando as alterações em sua saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 586-593, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n6/2333.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. Sala de Imprensa. **Dia internacional da mulher: saúde da mulher e através dela**. 2009. Disponível em: <<http://www.abo.org.br/saladeimprensa/2009/saladeimprensa-2009-05.php>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

AUMANN, G. M. E.; BAIRD, M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPER, R. A.; DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.13-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=27>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/livro\\_guia\\_fluoretos.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/livro_guia_fluoretos.pdf)>. Acesso em : 21 jan. 2010.

BRASIL. Senado Federal. Método de avaliação nutricional de gestantes adolescentes garante parto mais seguro. **Jornal Conversa Pessoal**, ano 9, n. 103, jun. 2009b. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/sf/senado/portaldoservidor/jornal/jornal103/saude\\_gestante.aspx](http://www.senado.gov.br/sf/senado/portaldoservidor/jornal/jornal103/saude_gestante.aspx)>. Acesso em: 30 jan. 2010.

COELHO, E. B. S.; CALVO, M. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: UFSC, 2006. 245p.

COELHO, C. C. Gênero e políticas públicas. In: SILVA, A. L.; LAGO, M. C. S.; RAMOS, T. R. O. (Org.). **Falas de gênero: teorias, análise, leituras**. Florianópolis: Mulheres, 1999.

CRESCER. Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

CURY, J. A. Flúor dos 8 aos 80? In: BOTTINO, M. A.; FELLER, C. **Atualização na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

DRISCOLL, W. S. A review of clinical research on the use of prenatal fluoride administration for prevention of dental caries. **Journal of Dentistry for Children - American Society of Dentistry for Children**, v. 48, p. 109-117, 1981.

ENKIN, M. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2004.

HASS, A. et al. Association among menopause, hormone replacement therapy and periodontal attachment loss in southern brazilian women. **Journal Periodontology**, v. 80, n. 9, set. 2009. Disponível em: <<http://www.joponline.org/toc/jop/80/9?cookieSet=1>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

LOTUFO, R. F. M. Inte-relação entre outras condições sistêmicas e as doenças periodontais. **Revista Periodontia**, v. 17, n. 2, p. 54-59, jun. 2007. Disponível em: <[http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/edicao\\_atual/ed\\_junho\\_07.pdf](http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/edicao_atual/ed_junho_07.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2010.

OFFENBACHER, S. et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **Journal of Periodontology**, v. 67, p. 1103-1113, 1996.

PASSANEZI, E.; BRUNETTI, M. C.; SANT'ANA, A. C. P. Interação entre a doença periodontal e a gravidez. **Revista de Periodontia**, v. 17, n. 2, p. 32-38, jun. 2007. Disponível em: <[http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/edicao\\_atual/ed\\_junho\\_07.pdf](http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/edicao_atual/ed_junho_07.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2010.

PIROLLO, E. O climatério e o impacto sobre a saúde bucal. **Revista Cultura Homeopática**, v. 3, n. 6, 2004.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. di G. do. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500022](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022)>. Acesso em: 17 jan. 2010.

SILVA, A. D. da M. **Saúde bucal de gestantes: uma abordagem de gênero**. 2001. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-UFMS, Campo Grande. 2001.

ZAMPIERI, M. de F. M. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR, 2007. (Série atenção Primária de Saúde, 2). Cap. 16.

## AUTORES

### Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), é especialista em Enfermagem em Saúde do Adulto, UFSC, (1981) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, MEC/FIOCRUZ (2006). É Mestre em Assistência de Enfermagem (1991) e Doutora em Enfermagem, na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2004). Exerce suas atividades docentes no Departamento de Enfermagem da UFSC desde 1977. Atualmente é Professora Associada II, DE, sendo docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Consultora do Ministério da Saúde Área da Criança e Aleitamento Materno de 1993 a 2005. É credenciada como consultora internacional em Aleitamento Materno pelo INTERNATIONAL BOARD OF LACTATION CONSULTANT EXAMINERS. É membro efetivo da International Baby Food Action Network desde 1993. É líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido - GRUPESMUR PEN/UFSC. É credenciada pelo MS/UNICEF como avaliadora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Saúde da Mulher e da Criança, atuando principalmente nas seguintes sub-áreas: amamentação, alimentação infantil, hospital amigo da criança, iniciativa unidade básica amiga da amamentação, mulher e trabalho, HIV/Aids e amamentação, gestão em saúde, enfermagem onco-ginecológica, educação em enfermagem, filosofia em enfermagem, fenomenologia e processo de viver humano.

### Maria Conceição de Oliveira

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1982), mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1996), doutorado em Interdisciplinar em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e doutorado em Psicologia Social - Université de Provence - Aix-Marseille I (2001). Atualmente é professor da Universidade do Planalto Catarinense. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: articulação antropologia e saúde coletiva, sistema cultural de saúde, itinerários terapêuticos, interdisciplinaridade, representações sociais, memória sociocultural, saúde indígena, currículo dos cursos de graduação na área da saúde.

## Daniela Lemos Carcereri

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), Mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente é professora classe adjunto nível III, do Curso de Graduação em Odontologia e professora responsável pela área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: educação odontológica, saúde da família, atenção à criança com fissura labiopalatal, integralidade e interdisciplinaridade em saúde.

## Heitor Tognoli

Médico graduado pela UFSC (2004), mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família pela Universidade do Vale do Itajaí (2006), especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde pela Fiocruz (2006), e doutorando em Saúde Coletiva na UFSC. Atualmente é coordenador e professor da disciplina de Medicina de Familiar e Comunitária da Universidade do Vale do Itajaí, e vice-coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação Médica, Formação de Recursos Humanos para o SUS, Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva.

## Carla Miranda

Possui graduação em Odontologia - Universidade Federal de Santa Catarina (2003), mestrado em Odontologia - área de concentração: Materiais dentários - Universidade Federal de Santa Catarina (2005) e doutorado em Odontologia - área de concentração: Odontopediatria - Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Atualmente é professora substituta (40h) do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando nas disciplinas de Materiais Dentários I e II, Clínica de Baixa Complexidade, Clínica de Urgência e Supervisora do Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Materiais Odontológicos, Odontopediatria e Clínica Odontológica.

O módulo Saúde da Mulher é parte integrante do material didático-pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Neste módulo vamos discutir e refletir sobre a atenção à Saúde da Mulher no âmbito da atenção básica com o intuito de instrumentalizar o trabalho dos profissionais da Equipe Saúde da Família para assistir a mulher nas diferentes fases do seu ciclo biológico vital com ênfase na promoção da saúde, incluindo o planejamento familiar, a gestação, o puerpério, as ações da clínica e do cuidado relacionados aos principais agravos de sua saúde, e o climatério, de forma integral e personalizada, considerando seu contexto social, cultural, econômico e político e determinantes de saúde.

Ministério  
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde  
Santa Catarina